Nr. 41. 9. października 1927. Rok VI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. med. Aleksandra STĘPOWSKA. Kraków.

O Dyslalji sensorycznej.

Z Poradni dla zaburzeń mowy przy Klinice Neurolog.-Psychiat. U. J. w Krakowie.

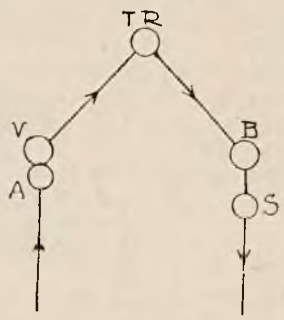
Dyrektor Kliniki: Prof. Dr. Jan Piltz.

Przez dyslalję, czyli bełkotanie rozumiemy brak lub wadliwe wymawianie poszczególnych dźwięków, opuszczanie tychże, lub zastępowanie jednych dźwięków innemi. Zjawisko to spotykamy stale u dzieci do czwartego, względnie do piątego roku życia jako zjawisko fizjologiczne. Powszechnie znanym jest fakt, że mowa dziecka w okresie fizjologicznego bełkotania jest niewyraźną, a dzieje się to właśnie dzięki temu, że dziecko nie wymawia pewnych liter, najczęściej liter „r", „k", „g", a ponadto dźwięków, złożonych, jak „rz", „cz", „dz" i t. p. opuszczając je, lub też zastępując je łatwiejszemi, n. p. „l" zamiast „r", d zamiast k i t. d. Jeśli stan ten przeciągnie się poza piąty rok życia, to mamy do czynienia z bełkotaniem patologicznem. Bełkotanie może też powstać w wieku późniejszym u osobnika, który przedtem mówił prawidłowo w następstwie pewnych procesów chorobowych. Jeżeli n. p. choremu na porażenie postępujące każemy powtórzyć: „Trzecia artyleryjska brygada", a chory powtarza „atyleryjska" zamiast artyleryjska, opuszczając „r", lub „antyleryjska", zastępując „r" przez „n", to mamy tu do czynienia z zaburzeniem mowy, które zaliczamy do grupy dyslalji.

Co się tyczy etjologji dyslalji, to stanie się ona lepiej zrozumiałą, jeśli uprzytomnimy sobie, w jaki sposób kształtuje się mowa u dziecka. W tym celu posłużę się uproszczonym schematem mowy; Lichtheima-Wernickiego.

A — centrum nerwu słuchowego.

W — Centrum Wernickego, gdzie zostają utrwalone i zapamiętywane słowne wrażenia słuchowe.



Tr. — transcortex. Jest to zbiorowa nazwa dla tych części kory mózgowej, w których następuje zrozumienie mowy, a więc połączenie pojęcia z nazwą przedmiotu.

B. — centrum motoryczne dla mowy Brocka.

S — jądra nerwów ruchowych na dnie czwartej komory, zaopatrujących język, wargi i podniebienie.

Mowa kształtuje się w ten sposób, że wrażenia słuchowe, odbierane drogą narządu słuchowego, przenoszą się poprzez nerw słuchowy do centrum nerwu słuchowego, dalej do centrum Wernickego, a w końcu do transcortex, gdzie następuje zrozumienie mowy. Z transcortex wychodzą impulsy poprzez centrum Brocka do nerwów ruchowych, zaopatrujących narządy artykulacyjne jamy ustnej, poprzez jądra tych nerwów na dnie czwartej komory. Rozmaite sprawy chorobowe, naruszające tę ciągłość od aparatu słuchowego do kory mózgowej i od kory mózgowej do narządów artykulacyjnych jamy ustnej, powodują różne formy bełkotania, w zależności od natury tych schorzeń, oraz ich lokalizacji. Wszystkie formy dyslalji, których przyczyna leży na centrypetalnej drodze od obwodu do transkortex, nazywamy dyslaljami sensorycznemi. Te zaś dyslalje, których przyczyna leży na centryfugalnej drodze od transcortex ku obwodowi, nazywamy dyslaljami motorycznemi, czyli dysarterjami.

Trzecią grupę stanowią dyslalje obwodowe, spowodowane zmianami patologicznemi w narządach jamy ustnej, służących do artykulacji, z których na pierwszy plan wysuwają się zmiany patologiczne podniebienia twardego i miękkiego, nadto wchodzą w grę anomalje uzębienia, oraz zmiany patologiczne języka i warg.

W artykule niniejszym ograniczę się do opisania dyslalji sensorycznych.

Do najczęstszych przyczyn dyslalji sensorycznych należą:

A. upośledzenie słuchu.

B. zaburzenia uwagi.

C. upośledzenie inteligencji.

D. niesprawność motoryczna.

Ad A. Upośledzenie słuchu, może być wrodzone lub nabyte we wczesnych okresach dzieciństwa, a więc w tych okresach, w których mowa jest jeszcze niewykształcona. Pomiędzy głuchoniemotą, a bełkotaniem w następstwie upośledzenia słuchu, zachodzi zatem tylko ilościowa, a nie jakościowa różnica.

Zmiany patologiczne ucha środkowego, oraz wewnętrznego (zakończenia n. słuchowego), związane w zaburzeniami słuchu, a występujące w okresie niemowlęctwa, muszą w następstwie wywoływać bełkotanie. Dziecko bowiem, nie słysząc pewnych dźwięków, lub słysząc niewyraźnie, opuszcza je, przekręca lub też zastępuje jedne dźwięki innemi. Głuchoty korowe, czy to jako formy wrodzone, czy też nabyte, prowadzą również do bełkotania, o ile nie uszkadzają w tak wybitnym stopniu słuchu, że sprowadzają głucho-niemotę.

Niejednokrotnie słuch dla tonów muzycznych jest prawidłowy, natomiast upośledzony dla dźwięków słownych.

Musimy wtedy przyjąć, że centrum Wernickego, a więc centrum, gdzie zlokalizowaną jest pamięć słownych wrażeń słuchowych, nie spełnia swojego fizjologicznego zadania.

Trzeba pamiętać, że w tych wypadkach badanie słuchu widełkami stroikowemi lub też z zegarkiem, daje wyniki zadowalające, gdyż centrum słuchowe pracuje sprawnie.

Badanie słuchu nie powinno ograniczać się nigdy do badania bystrości słuchowej dla dźwięków muzycznych.

Powinno ono zawsze połączone być ze sprawdzeniem, z jakiej odległości słyszaną jest mowa.

Doświadczenie poucza, że taka bystrość słuchowa, przy której dziecko słyszy głośną mowę z odległości dwuch metrów, jest wystarczającą do kształtowania się prawidłowej mowy.

Do grupy sensorycznych dyslalji zaliczamy niektóre formy seplenienia, które są następstwem głuchoty dla wysokich tonów.

W tych przypadkach słuch dla tonów niskich może być prawidłowy, tak, że otoczenie nie zdaje sobie sprawy z istoty cierpienia dziecka, gdyż ono nie zdradza przy pobieżnem badaniu przytępienia słuchu i dopiero drobiazgowe przebadanie jego bystrości słuchowej, zdradza nam istniejący defekt.

Ad B. *Zaburzenia uwagi.* Cechują się one tem, że poszczególne dźwięki wymawiane są raz prawidłowo, drugi raz fałszywie, albo też zastępowane przez coraz inne sylaby, i tak n. p. „sz" może być wymawiane prawidłowo, drugi raz jako „s", a innym razem jako „rz", lub „cz".

Nieraz mowa może być zniekształconą, że nie można zupełnie zrozumieć, co pacjent mówi.

Jeśli jednak każemy pacjentowi wymawiać poszczególne sylaby, z osobna, to pokaże się wówczas, że wymawia je on czysto i wyraźnie.

Bełkotanie w tych przypadkach jest następstwem szybko występującego znużenia, rozpraszania się uwagi, oraz niesprawności artykulacji.

Ad C. *Upośledzenie inteligencji.* Bełkotanie u dzieci umysłowo niedorozwiniętych jest następstwem niedostatecznej percepcji wrażeń słuchowych, wzrokowych i motorycznych.

Jak wiadomo, dziecko uczy się mówić, naśladując dźwieki, które słyszy, posługuje się ono jednak nie tylko słuchem, ale i wzrokiem, starając się naśladować ruchy narządów jamy ustnej służących do artykulacji. Aby więc dziecko mówiło sprawnie, musi jego zdolność percepcji w sferze słuchowej i wzrokowej być całkowitą. W końcu jego narządy mowy muszą wykazywać pewną sprawność motoryczną.

Znaną jest niesprawność motoryczna dzieci niedorozwiniętych, w następstwie czego dzieci takie wykonują najprostsze czynności, jak ubieranie, mycie się, jedzenie i t. p. z wielkim wysiłkiem. Taka sama niesprawność w zakresie mięśni jamy ustnej prowadzić może do bełkotania.

Ad D. *Niesprawność motoryczna* może zatem odgrywać rolę czynnika etjologicznego w dyslalji. Nie jest ona jednak ściśle związana z defektem inteligencji i zdarza się także u dzieci pod względem umysłowym prawidłowo rozwiniętych.

Z zamieszczonej poniżej statystyki widzimy, że na 148 wypadków dyslalji, przebadanych przezemnie w Poradni dla zaburzeń mowy przy tut. Klinice, w 57 przypadkach występował defekt inteligencji, a więc w 38,5%, w 19-tu przypadkach natomiast, a więc w 12,8% dyslalja była następstwem jedynie niesprawności motorycznej i występowała u osobników pod względem umysłowym prawidłowo rozwiniętych.

Niesprawność motoryczna jako przyczyna dyslalji występuje częściej u chłopców, rzadziej natomiast u dziewczynek, gdyż na 19 wypadków dyslalji o których mowa, było 16-tu chłopców, a tylko 3 dziewczynki.

Z zamieszczonej poniżej statystyki widzimy dalej, że na dyslalję w następstwie upośledzenia słuchu przypada 32 przypadki, a więc 21,8%, na dyslalję w następstwie zaburzenia uwagi 24, a więc 16,2%, w następstwie zmian patologicznych w narządach artykulacyjnych 13, a więc 8,7%.

I w końcu na dyslalje motoryczne, czyli dysarthrje 3, a więc 2%.

Statystyka przebadanych 148 przypadków dyslalji wykazuje następujące dane:

Dyslalji w następstępstwie:

	osobników	płci męskiej	płci żeńskie
Upośledzenia słuchu	32	22	10
braku inteligencji	57	35	22
zaburzenia uwagi	24	13	11
niesprawności motorycznej	19	16	3
zmian w narządach artykulacyjnych	13	5	8
dyslalji motorycznych dysarthrji	3	1	2
Razem	148	92	56

Poniżej zamieszczam hist. choroby 4 braci cierpiących na dyslalję. Najstarszy z nich:

W. M. Dwunastoletni chłopiec, uczeń 3-ciej klasy posp. został skierowany do Poradni dla zaburzeń mowy przy tut. Klinice przez lekarza szkolnego celem zbadania. Pacjent z powodu bełkotania nie nadawał się do szkoły normalnej.

W y w i a d y r o d z i n n e badanego przedstawiają się w sposób następujący: Ojciec umarł na raka, alkoholik, gwałtowny i drażliwy, pochodził z rodziny alkoholików, z pierwszego małżeństwa miał dwoje dzieci bełkoczących i pracujących lewą ręką. Brat ojca alkoholik niedawno przechodził *delirium tremens*. Ma on dwoje dzieci, córkę umysłowo niedorozwiniętą, oraz syna, rozwijającego się prawidłowo.

W rodzinie matki chorób nerwowych, ani umysłowych nie było.

Matka pacjenta nerwowa, płaczliwa. Rodziła 6 razy, nie roniła. Dzieci drgawek nie miały. Z sześciorga dzieci dwoje jest normalnych, czworo natomiast, to jest pacjent i trzej jego bracia cierpią na bełkotanie.

W y w i a d y o s o b n i c z e: Pacjent urodził się prawidłowo. Rozwijał się b. powoli. Późno zaczął chodzić i mówić. Zawsze mówił niewyraźnie, opuszcza najczęściej dwudźwięki: sz, cz, rz, dz, lub też zastępuje je innemi, a więc sz. równa się s, rz—ż, cz—c, i t. d. Na tykanie zegara w sąsiednim pokoju lub lekkie stuknięcie drzwiami rzekomo zwaca uwagę, natomiast wołany po imieniu niejednokrotnie wcale się nie odwraca.

Przechodził odrę i koklusz w drugim r. życia. Drgawek nie miewał. W dzieciństwie miewał *pavor nocturnus*. *Enuresis nocturna* do 8 r. życia.

Usposobienia gwałtownego, popędliwy, łatwo wybucha.

W szkole nie chce się uczyć i nie robi żadnych postępów.

Często ucieka z domu i spędza noc poza domem. Wykrada matce pieniądze, kłamie i nie chce słuchać napomnień.

Badanie objektywne:

Konstytucja: dysplastyczna, charakteryzująca się ogólną hipoplazją, a więc mały wzrostem, wagą 27 kg. słabo rozwiniętemi mięśniami i skąpą tkanką tłuszczową, małym krótkim nosem, ledwo wystającym z twarzy, hipoplazją części płciowych, oraz przerostem tarczycy. Czaszka mała, obwód 49½ cm, wystające guzy czołowe i potyliczne, asymetrja twarzy, duże niekształtne i odstające małżowiny uszne.

Badanie neurologiczne wykazuje objawy wzmożonej pobudliwości systemu nerwowego.

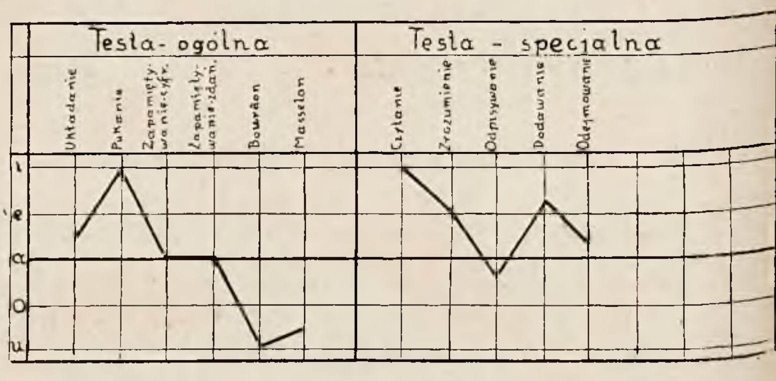
Badanie słuchu widełkami stroikowemi nie wykazuje żadnych odchyleń od normy, zarówno dla przewodnictwa powietrznego, jak i przewodnictwa kostnego, natomiast szept jest prawie niesłyszalny, mowa zaś głośna słyszalna z odległości trzech i pół metra.

Mowa badanego niewyraźna, przypominająca mowę trzechletniego dziecka. Pacjent stale opuszcza dwudźwięki: cz, sz, rz, oraz litery k i g, lub też przekręca je.

Pismo duże, wyraźne, wykazuje podobne braki, jak mowa.

Badanie inteligencji wykazuje defekt nieznacznego stopnia.

Badanie inteligencji metodą Lazara-Tremela (stopień IV.).



W. M. lat 12. Rozp.: *Dyslalja, moral insanity.*

Badanie krwi na reakcję Wassermanna dało dwukrotnie, zarówno u matki, jak i u pacjenta, oraz trzech jego braci wynik ujemny.

Rozpoznanie: Dyslalja, *moral insanity.*

W. S. lat 9, uczeń I. kl. pospolitej, brat poprzedniego pacjenta.

W y w i a d y r o d z i n n e: jak u poprzedniego.

W y w i a d y o s o b n i c z e: Pacjent urodził się prawidłowo. Drgawek nie miewał, w drugim r. życia przechodził odrę. Późno zaczął chodzić i mówić. Rozwijał się b. powoli. Zanieczyszczał się do 4 r. życia. *Enuresis nocturna* trwa do ostatnich czasów. W szkole nie robił żadnych postępów, z dziećmi bawić się nie umiał. Zawsze był apatyczny, zamknięty w sobie i mało się udzielał. Mówi niewyraźnie podobnie jak 3 jego braci.

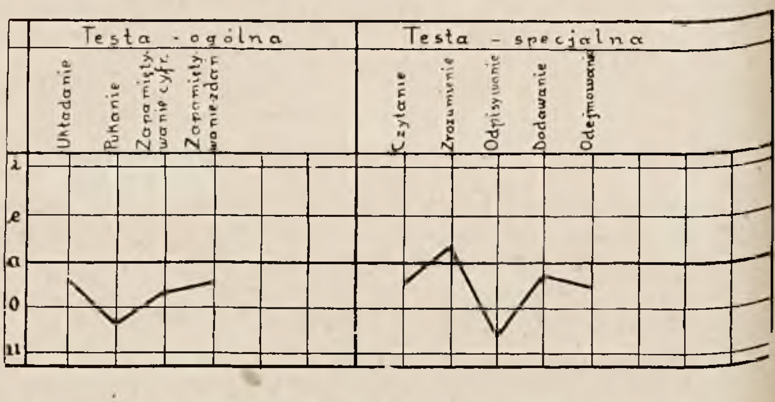
Badanie objektywne:

Somatycznie konstytucja dysplastyczna, o cechach podobnych, jak u starszego brata.

Badanie neurologiczne wykazuje objawy podobne, jak u poprzedniego pacjenta. Charakter dyslalji prawie taki sam, zachowanie się słuchu analogiczne.

Badanie inteligencji wykazuje wybitny defekt, jak to widzimy z załączonej krzywej.

Badanie inteligencji metodą Lazara-Tremela (stopień III.).



W. S. lat 9. Rozpoznanie: *dyslalja, imbecilitas.*

Badanie krwi na reakcję Wassermanna dało wynik ujemny.

Rozpoznanie: Dyslalja, *imbecilitas.*

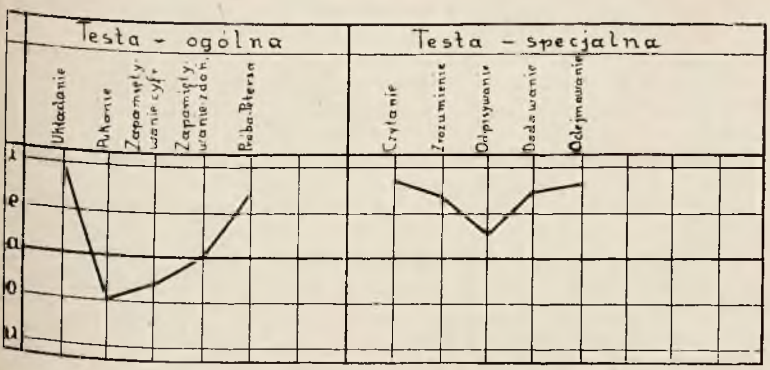
W. J. lat 7. uczeń I. kl. pospolitej, brat poprzedniego.

W y w i a d y r o d z i n n e: jak u obu poprzednich pacjentów.

W y w i a d y o s o b n i c z e: Pacjent rozwijał się prawidłowo. Drgawek nie miewał, chorób zakaźnych nie przechodził. W pierwszym roku życia zaczął chodzić i mówić. Mówił zawsze niewyraźnie, podobnie, jak jego bracia. Nie zanieczyszczał się już w drugim roku życia, w zabawie wyprzedzał braci. W szkole robi bardzo dobre postępy, chociaż ma złą wymowę. Pisze poprawnie. Usposobienia łagodnego, posłuszny, jest dobrym synem i bratem.

Badanie objektywne: wykazuje dyslalję, o cechach analogicznych, jak u obu starszych braci, podobnie też zachowuje się bystrość słuchowa. Badanie inteligencji nie wykazuje odchyleń od normy, jak to widać z załączonej krzywej.

Badanie inteligencji metodą Lazara-Tremela (stopień II.).



W. J. lat 7. Rozpoznanie: dyslalja.

Badanie neurologiczne nie wykazuje pozatem wybitniejszych odchyleń od normy.

Badanie krwi na reakcję Wassermanna dało wynik ujemny. Rozpoznanie: Dyslalja.

W. A. lat 4, brat poprzednich pacjentów.

W y w i a d y r o d z i n n e: jak u trzech jego starszych braci.

W y w i a d y o s o b n i c z e: Pacjent rozwijał się dosyć prawidłowo. Jedynie mówić zaczął późno i z wielkiem utrudnieniem. Drgawek nie miewał. W 3 r. życia przechodził koklusz.

Z usposobienia łagodny i posłuszny, sam się bawi, nie zanieczyszcza się. *Enuresis nocturna* brak. *Pavor nocturnus* brak.

Badanie objektywne:

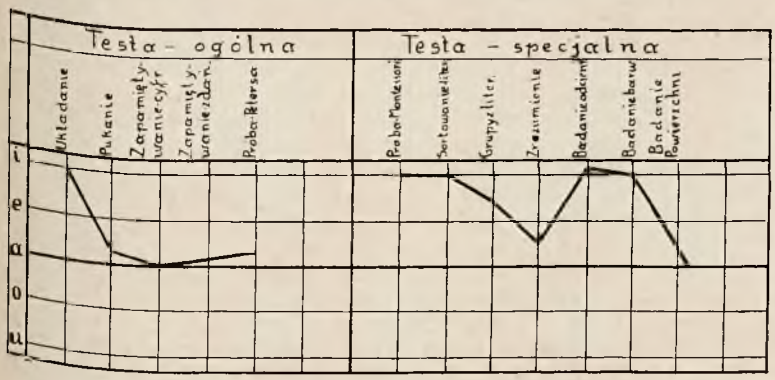
Somatycznie konstytucja dysplastyczna, o cechach analogicznych, jak u trzech starszych braci.

Badanie neurologiczne nie wykazuje wybitniejszych odchyleń od normy, z wyjątkiem zachowania się słuchu i mowy.

Słuch dla szeptu zniesiony, dla głośnej mowy obustronnie 2 m. Badanie słuchu widełkami stroikowemi wykazuje nieznaczne obniżenie bystrości słuchowej. Mowa pacjenta bardzo niewyraźna, zamazana, przy dokładniejszem przebadaniu obraz dyslalji, o cechach analogicznych, jakie znaleziono u trzech jego starszych braci.

Badanie inteligencji, jak to widać z zamieszczonej poniżej krzywej, nie wykazuje wybitniejszych odchyleń od normy.

Badanie inteligencji metodą Lazara-Tremela (stopień I.).



W. A. lat 4. Rozpoznanie: Dyslalja.

Badanie krwi na reakcję Wassermanna dało wynik ujemny. Rozpoznanie: Dyslalja.

U wszystkich czterech braci widzimy zatem bełkotanie, o cechach analogicznych. U wszystkich czterech uderzającym jest fakt, że słuch dla widełek stroikowych jest prawidłowy, natomiast dla dźwięków słownych znacznie upośledzony. Przyczyny tego zjawiska musimy szukać w upośledzonej czynności centrum Wernickego, a więc centrum, gdzie zostają utrwalone słowne wrażenia słuchowe.

Pamięć słuchowa pozwala nam kontrolować i prawidłowo odtwarzać usłyszane dźwięki. Jeśli ta pamięć jest niedostateczną, mowa musi się kształtować wadliwie.

Występowanie bełkotania u czworga rodzeństwa, a nadto u dwojga dzieci tego samego ojca z poprzedniego małżeństwa, każe nam przypuszczać, że czynnik chorobotwórczy musiał zadziałać szkodliwie na plazmę zarodkową, że mamy zatem do czynienia ze sprawą wrodzoną.

Czynnik chorobotwórczy, który jest powodem wrodzonej dyslalji u naszych pacjentów, jest zarazem przyczyną upośledzenia umysłowego u jednego z nich, oraz zmian w dziedzinie charakteru w formie *moral insanity* u drugiego.



Powyższa podobizna przedstawia wszystkich czterech braci, opisanych powyżej.

Wassermann z krwi zarówno u matki, jak i u dzieci był ujemny (nie robiono odczynu Wassermanna z krwi ojca, z powodu złego stanu jego zdrowia i w końcu zejścia śmiertelnego).

Czy etjologicznie wchodzi tu w grę alkoholizm, czy też *lues*, pozostaje sprawą nierozstrzygniętą.

St. LEŚNIOWSKI. Warszawa.

O wartości klinicznej odczynu benzoesowego.

Z Kliniki Neurologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Kierownik: Prof. K. O r z e c h o w s k i.

Zadaniem pracy niniejszej było sprawdzenie na znaczniejszym materjale wartości odczynu benzoesowego G u i l l a i n a (o. b.), który z czasem zdobywa coraz większe rozpowszechnienie także poza Francją. Odczyn benzoesowy jest, zdaniem badaczy francuskich, w odniesieniu do schorzeń kiłowych niemal równorzędny z odczynem Bordet-Wassermanna (B. W.), przewyższając ten ostatni pod względem prostoty techniki oraz łatwości odczytywania wyników. Należy przeto sądzić, że wprowadzenie tego odczynu w praktyce w warunkach, w których lekarz niezawsze ma pod ręką pracownię, wykonującą B. W., będzie połączone z dużą korzyścią. Sprawdzenie, jak często pokrywają się wyniki B. W. i o. b., czy i jaki wpływ posiada na oba odczyny leczenie swoiste, było jednak ubocznym celem badań niniejszych, przedewszystkiem interesowała nas sprawa t. zw. dyssocjacji Wassermann-Benzoesowej, której znaczenie rozpoznawcze w przypadkach stwardnienia rozsianego podnoszą G u i l l a i n i M a r q u e z y.

Odczyn benzoesowy jest to jeden z licznych odczynów kolloidowych, oparty na tych samych przesłankach teoretycznych co odczyn złotowy Langego, mastyksowy Emanuela, i t. p., przewyższający jednak je wszystkie prostotą techniki i łatwością odczytywania wyników. Co do szczegółów techniki, to przestrzegałem przepisów, podanych przez G u i l l a i n'a, L a r o c h e'a i L e c h e l l e'a w monografji: „La réaction du benjoin colloidal". G u i l l a i n i towarzysze rozróżniają dwie odmiany o. b., które w streszczeniu przedstawię.

Odczyn benzoesowy oryginalny wykonuje się w 16-tu probówkach. Naprzód należy przygotować odpowiednie rozcieńczenie płynu mózgowo-rdzen. W tym celu wlewamy pipetką do pierwszej

---

*) Według odczytu wygłoszonego na czerwcowem posiedzeniu w Towarzystwie Neurologicznem w roku 1926.

probówki 0,25 cm 0,01% rozczynu chemicznie czystego chlorku sodu, przyrządzonego na wodzie dwukrotnie przekroplonej. Do probówki drugiej dajemy 0,5 cm^3 tegoż rozczynu, do trzeciej 1,5 cm^3, do pozostałych po 1 cm^3. Następnie dodajemy badanego pł. m.-rdz. do pierwszej probówki 0,75 cm^3, do drugiej 0,5 cm^3 i do trzeciej również 0,5 cm^3, w taki sposób w trzeciej probówce otrzymujemy 2 cm^3 płynu. Zawartość trzeciej probówki mieszamy starannie, poczem 1 cm^3 tej mieszaniny przenosimy do probówki czwartej, następnie z czwartej do piątej, powtarzając to samo aż do piętnastej, w szesnastej zaś probówce pozostawiamy tylko rozczyn soli jako kontrolę. W taki sposób w probówce pierwszej mamy rozcieńczenie $^3/_4$, w drugiej $^1/_2$, w trzeciej $^1/_4$ i tak dalej w postępie geometrycznym dochodzimy w piętnastej do $^1/_{16}$ 384. Teraz bierzemy alkoholowy rozczyn żywicy benzoesowej (1,0 *resina benzoes* na 10,0 alkoholu absolutnego) i dodajemy kroplami, ciągle mięszając, do wody dwukrotnie przekroplonej i podgrzanej do 35° C, zachowując stosunek 0,3 cm^3 rozczynu żywicy na 20 cm^3 wody. Tworzy się przytem mlecznej barwy zawiesina, której dodajemy po 1 cm^3 do każdej z 16-u probówek, poczem znowu starannie mieszamy, poczynając od probówki kontrolnej. Wyniki odczytujemy po 12—24 godzinach, choć już po upływie 1—2 godzin w tych probówkach, gdzie się benzoes strącił, można oglądając pod światło stwierdzić wyraźne zbijanie się w grudki. Guillain, Laroche i Lechelle oznaczają probówkę niezmienioną cyfrą 0, taką, w której się wytworzyło nieco osadu, płyn jednak został mętnawy lub opalizujący, cyfrą 1, wreszcie probówkę, w której przy wyraźnym osadzie płyn stał się przejrzysty jak woda, cyfrą 2 i wynik odczynu przedstawiają bądź w postaci szeregu 16-u cyfr lub też wykreślają odpowiednią krzywą.

W prawidłowych płynach m.-rdz. strącają się zazwyczaj probówki 7—8, choć w poszczególnych przypadkach *streta normalna* może się rozszerzyć na probówki 6-ą i 9-ą. Tak np. w przypadku *arteriosclerosis cerebri* płyn nie wykazywał żadnych zmian chorobowych, o. b. wypadł następująco: 00000 22210 00000 K. W schorzeniach kiłowych, zresztą również i w innych skłaczkowacenie obejmuje pierwsze 5 probówek, t. zw. *strefę kiłową* przyczem Guillain i towarzysze nazywają wynikiem dodatnim *(positif)*, gdy wszystkie 5 probówek wyjaśnią się całkowicie, lub słabo dodatnim *(subpositif)*, gdy wyjaśnienie obejmuje tylko poszczególne probówki lub też jest częściowe. Przykładem może tu być przypadek *taboparalysis*, w którym o. b. przedstawia się tak: 12222 22222 00000 K. Wreszcie strącenie się probówek końcowych, t. zw. *strefa oponowa*, Guillain, Laroche i Lechelle uważają za znamienne dla spraw zapalnych w oponach, i to bądź w połączeniu z równoczesnem skłaczkowaceniem strefy kiłowej, bądź bez niego w kiłowem zapaleniu opon, i wówczas ma to odpowiadać gruźliczemu zapaleniu opon. Nie rozporządzam niestety krzywą typową z przypadku gruźliczego zapalenia opon, przeto dla przykładu przytoczę krzywą z przypadku *meningitis luetica:* 11222 20022 22100 K.

Druga odmiana t. zw. *odczyn benzoesowy uproszczony*, przeznaczony jest wyłącznie do rozpoznawania schorzeń kiłowych, uwzględnia on przeto tylko strefę kiłową, to jest 4 probówki (2-ą, 3-ą, 4-ą i 5-ą) odczynu oryginalnego, do których dodajemy 5-ą probówkę, jako kontrolę. Co do 1-ej probówki odczynu oryginalnego, zawierającej rozcieńczenie płynu $^3/_4$, to praktyka wykazała, że często nie ulega ona skłaczkowaceniu przy dodatnim wyniku o. b. i dlatego została pominięta w odczynie uproszczonym. Oprócz mniejszej ilości probówek różnica polega na tem, że do przyrządzania rozcieńczeń używamy tylko wody dwukrotnie przekroplonej. Zatem do pierwszej probówki dajemy 0,5 cm^3 wody, do drugiej 1,5 cm^3, do pozostałych po 1,0 cm^3. Następnie dodajemy badanego płynu m.-rdz. do pierwszej i drugiej probówki po 0,5 cm^3, poczem z drugiej robimy jak w sposobie oryginalnym dalsze rozcieńczenia, kończąc jednak już na czwartej. Wreszcie dodajemy po 1-ym cm^3 zawiesiny benzoesowej, przyrządzonej w opisany sposób. Odczytywanie wyników nie różni się od sposobu poprzedniego.

Widzimy tedy, że zarówno technika jak odczytywanie wyników o. b. jest niezwykle proste. Odczyn Guillain'a nie wymaga specjalnej pracowni ani kosztownych przyrządów, jest jeden tylko kardynalny warunek, mianowicie najskrupulatniejszą czystość instrumentarjum. W swoich badaniach pozwoliłem sobie na drobne odchylenie od klasycznego przepisu Guillain'a i towarzyszy, używam mianowicie do mycia probówek 96% rozczynu kwasu solnego. Żywicę benzoesową należy używać w postaci drobnych bryłek, gdyż znajdująca się w handlu odmiana sproszkowana, jest już ekstrahowana alkoholem i jako pozbawiona ciał czynnych nie nadaje się do o. b. Wyniki otrzymywałem w postaci najrozmaitszych krzywych, które poniżej omówię, w tem miejscu pragnąłbym zaznaczyć, że w 11-u przypadkach otrzymałem wszystkie probówki niezmienione, a więc zamiast krzywej prostą. O takiej możliwości nie znalazłem wzmianki w pracy Guillain'a i towarzyszy i dotychczas nie znalazłem wyjaśnienia tego faktu, jedynie Kafka podaje, że w jego odczynie parafinowym wynik odczynu z płynami prawidłowemi przedstawia się w postaci linji prostej.

Guillain, Laroche i Lechelle a także i inni podkreślają, że o. b. wypada stale nieswoiście dodatnio z płynami krwawemi, ropnemi oraz ksantochromicznemi. Wobec powyższego nie wykonywałem wogóle odczynów z płynami, zawierającemi domieszkę krwi, raz tylko — *experimenti causa* — zbadałem płyn ropny (nagminne zapalenie opon: 2700 ciałek w 1-ym mm^3, 0,16% białka, N-A ++) i otrzymałem wynik słabo dodatni przy ujemnym B.-W. Z płynami ksantochromicznemi wykonałem 12 odczynów i przekonałem się, że wyniki są dodat. mimo ujemnego B.-W. i braku danych klinicznych dla przyjęcia tła kiłowego. Próbowałem również stosować zalecane inaktywowanie płynu m.-rdz. w cieplarce, poczem dopiero wykonywałem odczyn, lecz zasadniczej różnicy stwierdzić przytem nie mogłem.

Przechodząc do omówienia wyników pracy zaznaczę, że odczynów wykonałem 325, z tego większość (220) przypada na odczyn benzoesowy oryginalny, to znaczy przy użyciu 16-u probówek, mniejszość zaś (65) na odczyn uproszczony, czyli 5-o probówkowy. Pod względem materjału można wyróżnić grupy następujące:

Kiła układu nerwowego 75 odczynów,
Stwardnienie rozsiane 66 odczynów,
Inne schorzenia 184 odczyny.
Ta ostatnia grupa rozpada się z kolei w sposób następujący:
Guzy mózgu 26 odczynów,
Zmiany naczyniowe w mózgu 15 odczynów,
Zapalenie mózgu nagm. i pozostałości po niem 15 odczynów,
Sprawy uciskowe rdzenia 13 odczynów,
Jamistość rdzenia 14 odczynów,
Cierpienia nerwów obwodowych 14 odczynów,
Sprawy pourazowe ośrodkowe 7 odczynów,
Zapalenie opon (gruźlicze, nagminne, pneumokokkowe i surowicze) 8 odczynów,
Padaczka samoistna 14 odczynów,
Pląsawica Sydenhama 5 odczynów,
Nerwice 17 odczynów,
Inne cierpienia układu nerwowego i ogólne (zapalenie mózgu sporadyczne, stwardnienie zanikowe boczne, zwyrodnienie układowe rdzenia, choroby umysłowe i alkoholizm po 3 odczyny; zanik móżdżku i zanik nerwów wzrokowych na nieznanem tle po 2 odczyny; botulizm, choroba Méniera, eunuchoidyzm, gruźliczak mózgu, kurcz połowiczy pozapiramidowy, miażdżyca nerek, niedokrwistość, niedorozwój jąder nerwów czaszkowych, nowotworowość opon, osteomalacja, pozostałość po ostrem zapaleniu rogów przednich, pseudoskleroza, ropień mózgu, wodogłowie, zapalenie rdzenia ciążowe, zespół fizjopatyczny (po 1-ym odczynie) — razem 36 odczynów.

O ile chodzi o sprawy na podłożu kiłowem, to rozporządzam 75-u odczynami, pochodzącemi od 60-u chorych, ponieważ u 9-u wykonałem odczyn parokrotnie celem sprawdzenia, jak się zachowuje o. b. po leczeniu swoistem. Materjał kiłowy da się zgrupować w sposób następujący:

Kiłowe sprawy naczyniowe 5 odczynów,
Kiła oponowo-miąższowa mózgu i rdzenia 22 odczynów,
Porażenie postępujące i taboparaliza 16 odczynów,
Wiąd rdzenia 32 odczynów.

W cierpieniach kiłowych brak zgodności wyników o. b. i B.-W. stwierdziłem w 10 odczynach, przyczem w 5 z nich, o. b. był dodatni przy ujemnym B.-W., w 5 zaś pozostałych odwrotnie. Jeśli się przyjrzeć dokładnie samym przypadkom, to okazuje się, że w tych, gdzie o. b. był dodatni zaś B.-W. ujemny, chodzi o większą czułość pierwszego odczynu przynajmniej w pewnej kategorji przypadków. Istotnie, w przypadku kiłowego zapalenia opon, w którym poprzednio oba odczyny wypadły dodatnio, przy drugiem badaniu o. b. był dodatni przy ujemnym B.-W., i dopiero w płynie pochodzącym z nakłucia, wykonanego w 2-a miesiące później, o. b. wypadł również ujemnie. Zupełnie analogiczne zachowanie się obu odczynów w ciągu leczenia stwierdziłem u chorej, dotkniętej kiłą rdzenia. Podobne stosunki spotkałem w przypadku wiądu rdzenia z zanikiem nerwów wzrokowych: B.-W. był dodatni w surowicy krwi, ujemny w płynie przy dodatnim o. b. Analogicznie miała się sprawa w przypadku kiłowego niedowładu połowiczego oraz w przypadku kiły rdzenia z zanikiem małych mięśni rąk. Te 5 przypadków przemawiałyby na korzyść zapatrywania, że w odniesieniu do schorzeń kiłowych o. b. znamionuje się większą czułością od B.-W., na co zwracali zwłaszcza uwagę Targowla i Huber. Uogólnieniu tego zapatrywania przeciwstawia się okoliczność, że stwierdzałem również zachowanie się odwrotne, to jest ujemny o. b. przy dodatnim B.-W. i to również w 5 przypadkach. W pierwszym z nich, porażenia połowiczego na tle kiłowem, płyn wykazy-

wał duże zmiany oraz dodatni wynik B.-W. przy ujemnym o. b. W drugim, dotyczącym chorego z *meningomyelitis luetica*, przy pierwszem badaniu oba odczyny były dodatnie, po leczeniu natomiast B.-W. wypadł dodatnio, o. b. zaś ujemnie. W przypadku trzecim, wiądu rdzenia (11 ciałek, 0,033% białka, N.-A.+, B.-W.+++), krzywa nie wykazuje wprawdzie skłaczkowacenia w strefie kiłowej, to znaczy w 5 pierwszych probówkach, jest zato wybitnie przesunięta w prawo aż po 15-ą, co ma odpowiadać procesowi zapalnemu w oponach. Za wiądem rdzenia a przeciw kile mózgowo-rdzeniowej jednak stanowczo przemawia obraz kliniczny. W 2 ostatnich przypadkach, porażenia postępującego i taboparalizy, nie znajdujemy również żadnego tłumaczenia rozbieżności wyników, co jest tem bardziej godne uwagi, że według Guillain'a, Laroche'a i Lechelle'a, Ferrari'ego, Targowli, Ewald'a i innych o. b. właśnie w porażeniu postępującem ma zawsze wypadać równoznacznie z B.-W.

Ostatecznie na 75 odczynów, wykonanych z płynami m.-rdz. chorych na rozmaite kiłowe schorzenia układu nerwowego, 10 wykazywało brak zgodności wyników o. b. i B.-W. Tak niewielka liczba nie pozwala wprawdzie mówić o stosunkach odsetkowych, jednak po przeliczeniu wypadłoby, że o. b. daje wyniki zgodne z B.-W. w 87%, co się zgadza naogół z danemi, zaczerpniętemi z piśmiennictwa: mianowicie Gillain i towarzysze podają ten stosunek na 83%, Duhot i Crampon na 84%, Bregi na 73%, wreszcie Walter i Kajzer na dość skąpym materjale neurologicznym znaleźli 60%.

Zmiany o. b. w zależności od dłużej trwającego leczenia swoistego udało mi się zbadać tylko w 9 przypadkach, mianowicie w 6 przypadkach wiądu rdzenia, 2 przypadkach kiły oponowo-miąższowej (jeden *meningoencephalitis*, drugi *meningomyelitis*), oraz w jednym kiłowego zapalenia opon. Dla przykładu przytoczę parę spostrzeżeń w streszczeniu.

Przypadek 1. Stanisława A... 32 l. (w Klinice od 24. 4. 1924 do 13 7. 1924). Wiąd rdzenia. Od 2-u lat bóle i drętwienia w kończynach dolnych, ostatnio po nadużyciu alkoholu wystąpiła ostro niemożność chodzenia. Przedmiotowo: nierówność i zniekształcenie źrenic z zachowaniem odczynów, brak odruchów ścięgnistych na kończynach dolnych, wybitny bezład, dodatni objaw Romberga, chód atakatyczny, zaburzenia na wszelkie rodzaje czucia powierzchownego, sięgające od pępka ku dołowi. Pł. m.-rdz.: 87 ciałek, 0,099% białka, N.-A. ++, B.-W. +++, o. b. + (11220 00000 00000 K). Po 6-u dawkach domięśniowych Jodo-bismuth. chinin. i 2-u dawkach po 0,15 neosalwarsanu w pł. m.-rdz. znaleziono 24 ciałka, 0,099% białka, N.-A. ++, B.-W. +++, o. b. + (00221 12210 00000 K). W tydzień później po 6-u wstrzykiwaniach dożylnych cjanku rtęci oraz 0,3 neosalwarsanu w płynie 5 ciałek, 0,099% białka, odczyny bez zmiany z wyjątkiem o. b., który obecnie ma wygląd następujący: 12222 22210 00000 K. Po 2-óch tygodniach dalszego leczenia, jeszcze 4 dawki po 0,01 cjanku rtęci i razem 0,9 neosalwarsanu pł. m.-rdz. wykazywał 9 ciałek, 0,049 białka, N.-A. +, B.-W. ++, o. b. + (12210 22210 00000 K).

Widzimy zatem, że z postępem leczenia naprzód zmniejszyła się ilość ciałek, następnie zawartość białka, odczyny natomiast zmieniły się tylko co do nasilenia, w szczególności o. b. zrazu się niejako uczynnił i krzywa jego przybrała postać typową. Pod koniec leczenia widzimy ponowne osłabienie natężenia o. b., któremu odpowiada słabszy stopień N.-A. i B.-W. Pod względem klinicznym leczenie, które w tym przypadku zbliżało się do metody „Liquordrainage'u Dercum'a, spowodowało wybitną poprawę chodzenia, tak, iż chora opuściła Klinikę mając chód zaledwie nieco ataktyczny, zresztą poza nieznaczną poprawą czucia inne objawy bez zmiany.

Przypadek 2. Sabina L... 38 l. (w Klinice od 28. 10. 1924 do 26. 1. 1925). Wiąd rdzenia. Od roku drętwienie i bóle w kończynach dolnych, zaburzenia pęcherzowe oraz lekkie kryzy żołądkowe. Przedmiotowo: zupełna sztywność źrenic, ogólne zmniejszenie napięcia mięśniowego, brak odruchów kol. i Ach., bezład kończyn dolnych, dodatni objaw Romberga, chód ataktyczny, masywne zaburzenia czucia, sięgające od dołu po linję sutek. Pł. m.-rdz.: 236 ciałek, zawartość białka prawidłowa, N.-A. ++, B.-W. +++, o. b. ++ (02222 22220 00000 K). Po 3-ch dawkach Jodo-bismuth. chinin. i 2-ch wstrzyknięciach dożylnych po 0,15 neosalwarsanu płyn wykazywał: 41 ciałek, białko norma, N.-A. +, B.-W. +++, o. b. + (00222 22212 20000 K). Po 7-u dalszych dawkach bizmutu, 2-u wstrzyknięciach cjanku rtęci oraz w sumie 1,60 neosalwarsanu ciałek 9, białko norma, N.-A. +, B.-W. +++, o. b. ++ (11222 21122 11000 K).

W tym przypadku zmniejszanie ilości ciałek idzie w parze z osłabieniem N.-A., natomiast B.-W. i o. b. nie uległy zmianie, ostatni nawet się nieco nasilił, klinicznie stan chorej pozostał bez zmiany.

Przypadek 3. Wiktor L... 30 l. (w Klinice od 30. 4. 1925 do 7. 7. 1925). Wiąd rdzenia. Od 6-u miesięcy bóle, drętwienie i osłabienie kończyn dolnych. Przedmiotowo: nierówność źrenic, objaw Argyll-Robertsona, w kończynach górnych nieco bezładu, w dolnych lekki niedowład o typie ksobnym, obniżenie napięcia mięśniowego, brak odruchów ścięgnistych, bezład, dodatni objaw Romberga, chód ataktyczny. W pł. m.-rdz.: 54 ciałka, zawartość białka prawidłowa, N.-A. +, B.-W. +++, o. b. + (11221 22222 00000 K). Po 10-u wstrzyknięciach domięśniowych jodo-bismuth. chinin. oraz 1,05 neosalwarsanu znaleziono: 4 ciałka, białko norma, N.-A. +, B.-W. +, o. b. + (00112 22222 20000 K).

Tutaj leczenie swoiste spowodowało całkowitą poprawę płynu, wyrażającą się w zaniku pleocytozy oraz osłabieniu natężenia wszystkich odczynów, klinicznie zaś w wybitnej poprawie chodzenia.

Przypadek 4. Marjanna A... 22 l. (w Klinice od 6. 12. 1923 do 26. 3. 1924). Kiła mózgowo-rdzeniowa. Od roku silne bóle głowy, ostatnio opadnięcie powieki lewej i upośledzenie wzroku. Neurologiczne: opadnięcie lewej powieki, nierówność źrenic, źrenica lewa zupełnie sztywna, ruchy lewej gałki ocznej zniesione prócz ruchu w stronę nosową, zapalenie nerwu wzrokowego, ostrość wzroku: obustronnie palce w odległości 1,5 m, niedowład lewego żwacza i mięśnia skroniowego z całkowitym odczynem zwyrodnienia; obwodowy niedowład mięśni strzałkowych oraz długich prostowników stopy i palców z częściowym odczynem zwyrodnienia. Płyn m.-rdz.: 23 ciałka, 0,099% białka, N.-A. +, B.-W. +, o. b. + (0122 K). Po 6-u tygodniach skombinowanego leczenia (15 wcierań szaruchy, 6 wstzyknięć domięśniowych Eparseno, 0,30 neosalwarsanu dożylnie oraz 0,0009 dokręgowo) badanie płynu dało: 9 ciałek, 0,05% białka, N-A. +, B.-W. —, o. b. + (0112 K). W 2-a miesiące później, po ukończeniu leczenia swoistego (jeszcze 21 wcierań, 10 dawek domięśniowych salicylanu rtęci i 2,25 neosalwarsanu) w pł. m.-rdz. znaleziono: 9 ciałek, zawartość białka prawidłowa. wszystkie odczyny ujemne. Z tego przypadku, jak to już wyżej wspomniałem, wynikałoby, że o. b. jest w pewnych przypadkach czulszy od B.-W., bo ustąpił później dopiero wraz z N.-A.. przyczem jedyną zmianą jaka pozostała po ukończeniu leczenia była nieznaczna pleocytoza. Klinicznie naprzód ustąpiło opadnięcie powieki lewej, później ustąpiło zapalenie nerwów wzrokowych, natomiast poprawa w zakresie obwodowych porażeń nerwów trójdzielnego lewego i strzałkowego prawego była nieznaczna.

Przypadek 5. Franciszek R... 27 l. (w Klinice od 25. 11. 1924 do 2. 1. 1925 i od 14. 6. 1925 do 16. 6. 1925). Kiłowe zapalenie opon m.-rdz. Od miesiąca silne bóle głowy, osłabienie wzroku i dwojenie w oczach; przedmiotowo: nierówność źrenic, niedowład lewego nerwu odwodzącego. lekki stopień zapalenia nerwu wzrokowego, sztywność karku i objaw Kerniga. Pł. m.-rdz.. zawierał 410 ciałek, 0,033% białka, N.-A. ++, B.-W. +++, o. b. ++ (22222 20012 20000 K), a zatem o. b. wykazuje również strącenie w strefie oponowej. W ciągu 4 miesięcy chory otrzymał 2 a leczenia bizmutowe (po 12-e wstrzyknięć domięśniowych Quinby) i 4,0 neosalwarsanu; w 3 miesiące później w pł. m.-rdz., znaleziono 13 ciałek, 0,066% białka, N.-A. +, B.-W. +++, o. b. ++ (12212 22122 20000 K). Tutaj leczenie bizmutowo-salwarsanowe spowodowało wydatne zmniejszenie się pleocytozy, zresztą odczyny pozostały bez większej zmiany. Przedmiotowo w ciągu leczenia naprzód znikła sztywność karku, później objaw Kerniga oraz niedowład lewego nerwu odwodzącego, ustąpiło zupełnie podwójne widzenie, pozostały jednak bóle głowy oraz zjawiło się przykre uczucie dudnienia w uszach.

Nie mogąc wyciągać ogólniejszych wniosków z tak skąpego materjału, ograniczę się do podkreślenia, że z pośród 6 przypadków wiądu rdzenia 5 było leczonych swoiście, przyczem wykazywały one wybitne zmniejszenie pleocytozy oraz zawartości białka, natomiast odczyny N.-A., B.-W., i o. b. nie wykazywały większych zmian. Szósty przypadek, leczony w przerwie między nakłuciami flogetanem, wykazał po 3 miesiącach wzmożenie pleocytozy i białka, odczyny zaś bez zmiany. Oba przypadki kiły oponowo-miąższowej po leczeniu rtęciowo-salwarsanowem przedstawiały wybitną poprawę pł. m.-rdz., mianowicie w pierwszym po ukończeniu leczenia stosunki w płynie powróciły do normy, w drugim jedynie białko pozostało nadal w ilości zwiększonej oraz B.-W. był dodatni. Wreszcie w przypadku kiłowego zapalenia opon leczenie swoiste (bizm.-salw.) spowodowało tylko osłabienie pleocytozy i N.-A., zresztą płyn wykazywał te same zmiany, co przed leczeniem.

Typowe krzywe o. b. uzyskiwałem z reguły w przypadkach porażenia postępującego oraz taboparalizy, natomiast jeśli chodzi o wiąd rdzenia lub kiłę mózgowo-rdzeniową, to skłaczkowacenie obejmowało najrozmaitsze probówki jak to widać zresztą na kilku przytoczonych przykładach. W dwu przypadkach czystego wiądu rdzenia otrzymałem krzywe podobne do paralitycznych, jednak

brak mi danych katamnestycznych co do dalszych losów tych chorych, będących może kandydatami na paralityków wzgl. utajonymi paralitykami (maskierte Paralyse). Brandt i Artz oraz Lange bowiem spostrzegali, że chorzy na wiąd rdzenia bez objawów psychicznych lecz z krzywą paralityczną odczynów kolloidowych w krótkim przeciągu czasu zapadali na porażenie postępujące. Dalej wypadnie wspomnieć, że o. b. daje przeważnie wyniki ujemne przy kiłowem porażeniu połowiczem na tle naczyniowem, gdzie zresztą płyn wogóle zmian większych nie wykazuje i B.-W. wypada najczęściej ujemnie. Możnaby to tłumaczyć w taki sposób, że tutaj sprawa chorobowa toczy się wewnątrz samego naczynia, nie przekraczając barjery naczyniowo-oponowej.

Głównem atoli zadaniem pracy niniejszej było zbadanie, jak się zachowuje o. b. w stwardnieniu rozsianem, gdyż, jak już wspomniałem zauważono, że w tem cierpieniu o. b. wypada często dodatnio. Souques, Mouquin i Walter otrzymali dodatnie wyniki o. b. 11 razy na 12 badanych płynów od chorych na stwardnienie rozsiane. Barré i Keys mieli wynik dodatni 4 razy na 10 odczynów; Duncan, Wright i Kermack 3 razy na 7 badanych przypadków. Achard i Thiers; Marie, Bouttier i Iorgulesco; Sicard, Paraf i Lermoyez; Targowla i Muttermilch; Riddel i Stewart; Ferraro i Nänder również znajdywali często dodatni o. b. w stwardnieniu rozsianem. Wreszcie Guillain i Marquezy, zbadawszy 27 płynów polisklerotyków, znaleźli w 17 przypadkach skłaczkowacenie w strefie kiłowej, obejmujące rzadko wszystkie probówki w stopniu jednakowym, częściej zaś poszczególne tylko i to w rozmaitem natężeniu. Właśnie na ten szczegół, że wynik o. b. w stwardnieniu rozsianem bywa przeważnie tylko słabo dodatni (krzywa o typie 01100 22100 00000 K), zwracają uwagę nietylko Guillain i Marquezy lecz również Duncan, Wright i Kermack, Braxton Hicks i Perrace którzy podają podobne krzywe. Ponieważ B.-W. daje w stwardnieniu rozsianem wyniki ujemne, o. b. zaś często wypada dodatnio, więc ową dyssocjację Wassermann-Benzoesową Guillain i Marquezy uważają za cenny szczegół w badaniu pł. m.-rdz., który, jak wiemy, w tem cierpieniu nie wykazuje zazwyczaj zmian wybitniejszych. Główny twórca o. b. prof. Guillain posuwa się tak daleko, że uważa dodatnie wyniki o. b. obok innych danych klinicznych i anatomopatologicznych za jeszcze jeden dowód zakaźnego pochodzenia stwardnienia rozsianego.

Udało się nam zgromadzić dotychczas 66 o. b. z płynami 59 chorych na stwardnienie rozsiane. U dwóch z pomiędzy nich wykonałem o. b. po 2 razy, jednej 3-krotnie, u innej zaś chorej nawet 4-krotnie. Otóż na 66 odczynów znaleźliśmy wynik dodatni wzgl. słabo dodatni 36 razy, co po przeliczeniu dałoby 54,5% to jest odsetek nieco mniejszy niż podany przez Guillain'a i Marquezy'ego (63%). Charakter otrzymanych krzywych zgadza się w zupełności z tem, co było powiedziane powyżej. Mianowicie wynik o. b. był 27 razy słabo dodatni, to znaczy skłaczkowacenie objęło w stopniu nierównym i nie wszystkie probówki strefy kiłowej (np. 11100 22200 00000 K), a tylko 9 razy dodatni, to jest taki, jak widujemy w kile układu nerwowego.

Zatem o. b., jeśli wypadnie dodatnio, może oddać cenne usługi w rozpoznaniu stwardnienia rozsianego, zwłaszcza w początkach cierpienia, gdy objawy są tak nikłe, że lekarz nieraz miewa poważne wątpliwości, czy nie stoi wobec sprawy czynnościowej. Tak np. spostrzegaliśmy przypadek następujący:

Monika R... 19 l. (w Klinice od 3. 11. 1924 do 23. 12. 1924). Chora od 5 tygodni. Zrazu drętwienie palców ręki prawej, później stopniowo objęło całe ciało; przed 2-ma tygodniami wśród zawrotów głowy i wymiotów całkowity bezwład wszystkich kończyn oraz przelotne podwójne widzenie. Od tygodnia wybitna poprawa. Przedmiotowo w stanie nerwowym zmian nie znaleziono poza wątpliwem drżeniem zamiarowem i hipodiadochokinezą; również pł. m.-rdz. bez zmiany z wyjątkiem dodatniego o. b. (01212 21222 10000 K).

Również znaczną usługę może oddać o. b. w różniczkowaniu w przypadkach z objawami nietypowemi, gdy musimy ustalić, czy mamy do czynienia ze stwardnieniem rozsianem, czy z innem cierpieniem ośrodkowego układu nerwowego (np. sprawy uciskowe rdzenia), guz wewnątrzrdzeniowy i t. p.). Tutaj nierzadko dodatni wynik o. b. przy ujemnym B.-W. bywał cennem dopełnieniem danych, dostarczanych przez odmę mózgowo-rdzeniową i próbę lipjodolową, a nawet w jednym przypadku (patrz niżej) okazało się, że o. b. wbrew danym lipjodolowym wskazywał istotne rozpoznanie. Dla przykładu przytaczam następujące historje choroby.

Przypadek I. Jan M... 22 l. (w Klinice od 22. 12. 1924 do 25. 2. 1925). Od 8 miesięcy osłabienie kończyn dolnych, następnie górnych oraz zaburzenia oddawania moczu. Przedmiotowo: wyrostki kolczyste 6—7 kręgów piersiowych nieco zapadnięte i bolesne przy opukiwaniu. Niedowład zginaczy bioder i kolan obustronnie oraz zginaczy palców stopy lewej. Odruchy Achillesa kloniczne. Babiński i Rossolimo obustronnie +. Umiarkowana ataksja. Chód lekko spastyczny. Masywne zaburzenia czucia na kończynach dolnych oraz na tułowiu po linje sutek. Wśród wątpliwości rozpoznawczych między stwardnieniem rozsianem i *pachymeningitis tuberculosa* wyniki odmy rdzeniowej i typowe rozszczepienie Wasser.-Benzoesowe (B.-W. —, o. b. 12222 22220 00000 K) przechyliły ostatecznie rozpoznanie na korzyść stwardnienia rozsianego.

Przypadek II. Izydor M... 28 l. Inwalida na rencie. (w Klinice od 21. 10. 1926 do 19. 11. 1926). Przed 7-u laty ciężka kontuzja, po której 3 miesiące leżał bez pamięci oraz utracił władzę w kończynach. Stopniowo władza powracała zrazu w kończynach górnych, następnie w dolnych, jednak chodził stale z pomocą laski. Ostatnio pogorszenie. Przedmiotowo: nierówność źrenic, nystagmus, lekkie zblędnięcie skroniowych połówek brodawek nerwów wzrokowych; zaznaczony niedowład kurczowy kończyny górnej lewej, obustronnie drżenie zamiarowe; z odruchów brzusznych obecny tylko górny prawy: wyraźny niedowład kurczowy kończyn dolnych. Wobec danej etjologji nie wykluczano początkowo rozsianej sprawy pourazowej (Cuillain i Barré), dopiero wynik badania pł. m.-rdz. ugruntował rozpoznanie stwardnienia rozsianego, gdyż przy B.-W. ujemnym o. b. był słabo dodatni (01101 22220 00000 K).

Dalsze dwie historje choroby dotyczą przypadków, które znalazły potwierdzenie w autopsji.

Przypadek III. Janina B... 33 l.*) (w Klinice od 15. 12. 1925 do 1. 4. 1926). Od 6 lat pas znieczulenia na piersiach, od 3 lat stale postępujące osłabienie kończyn dolnych, tak iż od 3-ch miesięcy nie opuszcza łóżka, od roku zaburzenia moczowe. Przedmiotowo: wątpliwe drżenie zamiarowe w ręce lewej; brak odruchów brzusznych; niemal zupełny bezwład kurczowy kończyn dolnych ze wzmożeniem napięcia mięśniowego i odruchów ścięgnistych oraz z objawami Babińskiego i Rossolimo. Odruchy obronne po linji na 3-y palce poniżej pępka. Czucie powierzchniowe obniżone od wysokości pępka. Płyn m.-rdz. pod ciśnieniem wzmożonem, bezbarwny, przejrzysty, zawiera 18 ciałek w 1 mm³, 0,052% białka N.-A. +, B.-W. —, o. b. + (01100 22100 00000 K). Ponieważ po upływie 2 miesięcy zaburzenia czucia nie ustępowały i posunęły się ku górze, wykonano próbę lipjodolową która wykazała trwałe zatrzymanie się lipjodolu w sposób typowy dla guza na wysokości D_5D_3. Przy obu nakłuciach wykonano odmę rdzeniową, która nie wykazała przeszkody. Wkrótce potem chora zmarła w następstwie posocznicy. Badanie pośmiertne wykazało brak guza i brak zmian oponowych (zrostów), natomiast ogniska stwardnienia rozsianego.

Zatem w przypadku, gdzie stwardnienie rozsiane pod wielu względami naśladowało obraz guza zewnątrzrdzeniowego, aż do zatrzymania trwałego lipjodolu, na właściwe rozpoznanie naprowadzał wynik o. b. wbrew wynikowi próby lipjodolowej.

Przypadek IV. Adela K... (w Klinice od 19 9. 1926 do 23. 12. 1926). Wywiady utrudnione z powodu zaburzeń mowy oraz zaburzeń psychicznych. Przed 4-a laty miała się zakazić kiłą, wkrótce potem wystąpiło osłabienie kończyn dolnych. Po leczeniu swoistem poprawa; po 2-u latach pogorszenie, znów swoiste leczenie z wyraźną poprawą. Przed paru miesiącami krótkotrwałe podwójne widzenie, ostatnio poczęła tracić władzę w kończynach prawych. Przedmiotowo: otępienie, podniecona, niesforna. Ślad oczopląsu, objawy pseudobulbarne: podniebienie niemal nieruchome, mowa nosowa bardzo niewyraźna, przerywana przez napady płaczu przymusowego, przykurcz mięśni twarzowych. Niedowład kurczowy prawej kończyny górnej, obustronnie drżenie zamiarowe, nieco asynergji i dysmetrji. Brak odruchów brzusznych. Niedowład kurczowy kończyn dolnych z przewagą prawej z obustronnym objawem Babińskiego. Czucie ułożenia zaburzone w palcach stóp. Płyn m.-rdz. przy zdwojonej zawartości białka wykazywał prawidłową ilość ciałek, N.-A. +, B.-W. —, o. b. ++ (22222 22220 00000 K). Wobec uporczywego twierdzenia chorej, że dotychczas zawsze pomagało jej leczenie swoiste, rozpoczęliśmy leczenie bizmutowo-salwarsanowe, które jednak nie dawało wyniku, natomiast chora nagle dostała wysokiej gorączki i objawy się nasiliły, tak iż niedowłady zamieniły się na bezwłady z arefleksją. Stan ten wkrótce przeminął, przeto po kilku dniach przystąpiliśmy do leczenia gorączkowego już w przekonaniu, że mamy do czynienia ze stwardnieniem wieloogniskowem. Jednak i to leczenie musieliśmy przerwać, gdyż chora powtórnie dostała gorączki i w ciągu doby znajdowała się w stanie komatycznym. Rychło powróciła do stanu poprzedniego. Z czasem w okolicy krzyżowej wytworzyła się rozległa odleżyna. Po miesiącu pró-

*) Przypadek przedstawiony w Towarzystwie Neurologicznem przez kol. Messinga dn. 18. IX. 1926.

bowaliśmy z wynikiem ujemnym sprowokować B.-W. przez wstrzyknięcie do worka podpajęczego 5 cm³ wody przekroplonej, przyczem miałem sposobność jeszcze dwukrotnie wykonać o. b. z wynikiem identycznym, B.-W. zaś był stale ujemny. Po 2 tygodniach śmierć w związku z grypą. Badanie pośmiertne, dotychczas tylko makroskopowe, wykazało liczne ogniska stwardnienia rozsianego.

Jakkolwiek więc o. b. oddaje niekiedy poważne usługi w różniczkowaniu, to znaczenie jego ogranicza okoliczność, że wypada on dodatnio nie wiele więcej, niż w połowie przypadków stwardnienia rozsianego (63% Guillain i Marquezy, 54,5% z kliniki naszej), znaczenie zaś rozpoznawcze posiada tylko wynik dodatni.

Zestawiając wyniki otrzymane w stwardnieniu rozsianem nie udało się wykryć związku pomiędzy o. b. i danemi klinicznemi oraz wynikami badań płynów. W rzeczy samej wynik o. b. nie zależy ani od czasu trwania choroby, ani też od jej okresu, ponieważ wypada dodatnio zarówno w ostrych skokach stwardnienia rozsianego jak również w okresach uspokojenia sprawy chorobowej. Podobnie ma się sprawa zależności o. b. od ilości ciałek, zawartości białka i N.-A.. O. B. daje wyniki dodatnie niezależnie od rzadkiej zresztą pleocytozy (15 przypadków), ani od hyperalbuminozy (10 przypadków), ani wreszcie od dodatniego N.-A. (31 przypadków). Płynów zupełnie prawidłowych pod względem pleocytozy, zawartości białka i N.-A. było 27 na ogólną liczbę 66 (41%), z tego zaś 11 płynów wykazało dodatni wynik o. b. jako jedyną zmianę chorobową (40%). Nawet więc w płynach nie przedstawiających żadnych zmian o. b. wypada w 40% dodatnio co jest niewątpliwie niezmiernie cennym szczegółem wobec tak skąpych zresztą zmian płynu m.-rdz. w stwardnieniu rozsianem.

Pozostają do omówienia wyniki o. b., wykonanego z płynami chorych, cierpiących na rozmaite schorzenia nerwowe i ogólne poza omówionemi dotychczas. Płynów takich było 176. Z tej liczby w 19 przypadkach o. b. był dodatni przy ujemnym B.-W.; w jednym (nowotworowatość opon) oba odczyny wypadły zgodnie dodatnio, wreszcie w jednym przypadku (guz kąta mostowo-móżdżkowego) o. b. był ujemny zaś B.-W. dodatni w płynie i ujemny w surowicy krwi. Z pozostałych 155 odczynów w 76 strefa skłaczkowania uległa rozszerzeniu na 5-ą probówkę, należącą do strefy kiłowej, co jednak wobec braku równoczesnych innych zmian w pł. m.-rdz. nie ma większego znaczenia. Owe 19 przypadków z dodatnim o. b. dotyczyło cierpień następujących:

Guzy mózgów 9 odczynów,
Gruźliczak mostu 1 odczyn,
Ropień mózgu 1 odczyn,
Zapalenie mózgu nagm. w ostrym okresie 2 odczyny,
Zapalenie kręgów gruźlicze 1 odczyn,
Myelitis funicularis 1 odczyn,
Zapalenie wielonerwowe 1 odczyn,
Zapalenie opon surowicze 1 odczyn,
Pozostałość po zapal. opon zakaź. 1 odczyn,
Postrzał mózgu 1 odczyn.

Co tyczy się guzów mózgu, to rozporządam 24 odczynami od 21 chorych, cierpiących na różne postacie guza, potwierdzone w 2 przypadkach przez badanie pośmiertne. Z tej liczby w 13 przypadkach o. b. wypadł zupełnie ujemnie, w 2 normalna strefa skłaczkowacenia uległa rozszerzeniu w kierunku na prawo, obejmując probówki od 6-ej do 12-ej włącznie, w pozostałych wreszcie t. j. w 9 odczynach strąciła się mniej lub więcej silnie strefa kiłowa, przyczem bądź sama bądź z równoczesnem strąceniem strefy oponowej (5 odczynów). Zatem tutaj również potwierdzałyby się naogół wyniki, podane przez Guillain'a i towarzyszy w pracy nad o. b. w przypadkach guzów mózgu, z tem tylko zastrzeżeniem, że u nas był o wiele większy odsetek odczynów ujemnych. Podnoszą też wspomniani autorowie jako rzecz znaną, iż również B.-W. nieraz wypada nieswoiście dodatnio w guzach mózgu (Vincent, Babonneix i Chabrol i inni). Spostrzeżenie to popierają doświadczenia naszej Kliniki.

W przypadku gruźliczaka mostu, potwierdzonego autopsyjnie, otrzymaliśmy krzywą o typie, cechującym kiłę mózgowordzeniową. Mogłoby to było sprowadzić rozpoznanie na błędne tory, gdyby B.-W. był równocześnie dodatni, co się przecież zdarza w guzach mózgu. Ponieważ gruźliczak poza odmienną etjologją nie różni się zasadniczo od innych guzów mózgu, przeto jest samo przez się zrozumiałe, że tutaj również o. b. może dać wynik dodatni. Oto krótkie streszczenie obserwacji tego przypadku.

Zofja B... 16 l. *) (w Klinice od 28. 5. 1925 do 21. 12. 1925). Od roku zawroty głowy, porażenie ruchów oczu na boki, upośledzenie słuchu, zataczanie się podczas chodzenia. Przedmiotowo: zez zbieżny obu gałek ocznych, ruchy gałek na boki zniesione, ku górze upośledzone; *neuritis optica*, twarz opuszkowa, niedowład obu nerwów twarzowych; znaczne upośledzenie słuchu obustronnie, błędniki pobudliwe lecz bez oczopląsu; mowa nosowa; obustronne objawy móżdżkowe; brak odruchów brzusznych; niedowład kurczowy kończyn dolnych; silne zaburzenia czucia głębokiego. Płyn m.-rdz. zawiera 120 ciałek, 0,066% białka. N.-A. ++, B.-W. —, o. b. + (11222 01222 21000 K), odczyn Bezredki we krwi i płynie ujemny. Z początku obserwacji póki objawy były słabo wyrażone i do czasu wystąpienia bólów głowy i zapalenia nerwów wzrokowych rozpoznanie wahało się między stwardnieniem rozsianem a guzem mózgu.

Przypadek ropnia mózgu z o. b. dodatnim przedstawia się bardzo zajmująco pod względem przebiegu klinicznego.

Józefa D... 36 l. (w Klinice od 9. 5. 1924 do 15. 5. 1924). Od tygodnia silne bóle głowy, wymioty, przemijające podwójne widzenie. Przedmiotowo: stan podgorączkowy, zaznaczona sztywność karku. Pł. m.-rdz. pod znacznem ciśnieniem: 4 ciałka, 0,099% białka, 0,45% cukru, N.-A. ++, B.-W. —, o. b. + (11221 11100 00000 K). Po nakłuciu lędźwiowem stan chorej poprawił się znakomicie, tak że po 3-ch dniach opuściła klinikę z rozpoznaniem *meningismus* o nieznanej etjologji. Później zakomunikował nam jeden z kolegów, że w pewien czas potem chora która u niego służyła przebywała podobny stan w domu z zupełną potem poprawą i dopiero w półtora roku po opuszczeniu kliniki zmarła, na sekcji zaś znaleziono ropień w tylnej jamie czaszkowej, spowodowany przez postrzał czaszki z przed laty. Chora miała szczególne powody dla których zataiła sam fakt jak również okoliczność, że kula tkwiła w jej mózgu.

Guillain, Laroche i Lechelle podkreślają kategorycznie, że w nagminnem zapaleniu mózgu o. b. daje z reguły wynik ujemny, co miałoby duże znaczenie w różniczkowaniu spraw kiłowych i to tem cenniejsze, że B.-W. nierzadko może wprowadzić w błąd, gdyż jak to podnosi Orzechowski na podstawie głównie spostrzeżeń z lwowskiej epidemji z roku 1918/19 B.-W. bywa w przeszło 10% mniej lub więcej dodatni podczas ostrego okresu śpiączki nagminnej. Tymczasem w Klinice naszej stwierdziliśmy dwukrotnie słabo dodatni o. b. przy ujemnym B.-W. u dwóch chorych z niewątpliwem nagminnem zapaleniem mózgu; u pierwszego w 2-m miesiącu choroby (01000 22220 00000 K), u drugiego w 3-im tygodniu (00022 11222 20000 K).

W cierpieniach rdzenia kręgowego stwierdziłem dodatni o. b. tylko w 2 przypadkach. W pierwszym chodziło o gruźlicze zapalenie kręgów z objawami uciskowemi rdzenia; płyn nie wykazywał ksantochromji ani samoistnej krzepliwości, B.-W. był ujemny, o. b. wykazał krzywą typową dla kiłowego zapalenia opon (21122 20000 22220 K).

Niezupełnie jasny był przypadek, gdzie zatrzymano się na rozpoznaniu *myelitis funicularis*, płyn zaś przedstawiał się w sposób następujący 12 ciałek, 0,066% białka, N.-A. +, B.-W. —, oraz o. b. słabo dodatni (12210 22222 00000 K). Chora ta, 29 l. (w klinice od 27. 4. 1925 do 3. 5. 1925) na 3 miesiące przed przybyciem do Kliniki naszej zaczęła odczuwać ciężar i osłabienie w kończynach dolnych oraz miała stracić w nich czucie. Przybyła już w okresie poprawy. Przedmiotowo: zbaczanie języka w prawo; brak odruchów brzusznych; ataksja; niedowład kurczowy kończyn dolnych; chód paretyczno-ataktyczny; lekkie zaburzenia czucia ułożenia na kończynach dolnych. Wobec samoistnej poprawy i braku zaburzeń czucia powierzchniowego raczej nasuwałoby się przypuszczenie, czy nie chodzi tu o pewną postać stwardnienia rozsianego, za czem przemawia również dodatni wynik o b.

Ze spraw obwodowych słabo dodatni wynik o. b. przy ujemnym B.-W. otrzymałem w przypadku zapalenia wielonerwowego na tle zakaźnem. Dotyczył on chorej o ciężkiem nasileniu sprawy chorobowej, gdzie nasuwało się podejrzenie równoczesnych zmian w układzie nerwowym ośrodkowym, czego wyrazem byłby właśnie słabo dodatni o. b.

Przypadek I. Jan P... 23 l. (w Klinice od 2. 12. 1926 do 30. 12. 1926). Przed 3 miesiącami przebywał jakoby dur plamisty, podczas którego przez 8 dni miał być „jak porażony". Przed 6 tygodniami nagle gwałtowne bóle głowy, wymioty oraz ból i szum w uszach. Przedmiotowo: niestale lekko zamroczony, wyniszczony, stan bezgorączkowy, obustronnie tarcza zastoinowa, wyraźne sztywność karku i objaw Kerniga. Pł. m.-rdz.: bezbarwny, przejrzysty, 110 limfocytów, 0,066% białka, N.-A. ++, B.-W. —, o. b. ++ (12222 10002 22000 K), odczyn Bezredki w płynie i we krwi ujemny, również odczyny Widala i Weil-Felixa we krwi ujemne. Odma mózgowa z następową roentgenografją wykazała za pierwszym razem niedrożność komór mózgowych, za drugim lekkie ich rozszerzenie. Wobec wybitnej przewagi w obrazie klinicznym

*) Przypadek ten był przedstawiony przez kol. Tyczkę w Towarzystwie Neurologicznem na posiedzeniu czerwcowem w roku 1926.

objawów oponowych rozpoznano pozostałość po zapaleniu opon na nieznanem tle.

Przypadek II. Albin B... 38 l. (w Klinice od 27. 3. 1925 do 11. 4. 1925). W dzieciństwie uraz głowy z włamaniem czaszki. Przed 8-u laty drętwienie palców ręki prawej, które stopniowo objęło całe przedramię, poczem nagle wśród zawrotów głowy i ogólnego osłabienia wystąpiło przemijające podwójne widzenie oraz lekki niedowład kończyny dolnej prawej. Powoli stan ten cofnął się niemal zupełnie. Na 3-y miesiące przed przybyciem do Kliniki uległ ponownie prawostronnemu niedowładowi połowiczemu, połączonemu z uczuciem zdrętwienia prawej połowy ciała. Obecnie znaczna poprawa. Przedmiotowo: zgrubienie w okolicy tylnych partji kości czołowej prawej; mijanie z obu barków w lewo; nieznaczne upośledzenie czucia powierzchniowego na prawej połowie ciała, czucie zaś ułożenia upośledzone w palcach kończyn prawych. Pł. m.-rdz. pod ciśnieniem 390 mm (Claude), 15 ciałek, 0,033% białka, N.-A. +, B.-W. —, o. b. + (12211 22220 00000 K). W tym przypadku przypuszczaliśmy ograniczone zrosty oponowe w półkuli lewej mózgu w następstwie urazu czaszki, nie wykluczając nietypowej postaci stwardnienia rozsianego.

Od jakich czynników zależy dodatni wynik o. b. w kile i stwardnieniu rozsianem trudno powiedzieć coś ściślejszego. W każdym razie o. b. wkracza już w dziedzinę chemji fizykalnej, przeto mało prawdopodobne wydaje się pierwotne zapatrywanie Guillan'a i towarzyszów, do którego przyłączył się szereg autorów niemieckich (Fischer, Sahlgreen i inni), że wzmożenie zawartości globulin w pł. m.-rdz. powoduje skłaczkowanie żywicy benzoesowej. Bliższym prawdy wydaje się pogląd Wright'a, i Kermack'a, że skłaczkowanie, spotykane w płynach prawidłowych, jest warunkowane działaniem dodatnio naładowanych cząsteczek białka na ujemnie naładowane cząsteczki benzoesu, skłaczkowanie zaś strefy kiłowej ma zależeć od obecności jakiegoś dotąd bliżej nieznanego ciała. To zapatrywanie, poparte szeregiem ścisłych doświadczeń z żelatyną i oksyhemoglobiną, uzyskuje coraz więcej zwolenników, wypierając stare pojęcie „ochronnego koloidu". Według dawniejszych poglądów rola białka surowiczego w odczynach koloidowych polegała na tem, że cząsteczki białka bądź otaczały cząsteczki koloidu, bądź rozmieszczały się pomiędzy niemi chroniąc je mechanicznie od strącania przez elektrolity. Według zaś poglądu Wright'a i Kermack'a cząsteczki koloidu po wyzbyciu się swego ładunku elektrycznego ulegają strąceniu i tem łatwiej im środowisko jest bliższe punktu izoelektrycznego, t. zn. tego punktu, w którym cząsteczka białka odszczepia równą ilość anionów OH i kationów H. Do tego poglądu przyłącza się ostatnio Laroche, twierdząc, że albuminom płynu przypada tylko rola ciała ochronnego, skłaczkowanie zaś jest zależne od zawartości globulin; mianowicie jeśli się znajdujemy powyżej punktu izoelektrycznego globulin, wówczas odszczepiają one więcej kationów H, rozładowują i strącają ujemne cząsteczki benzoesu. Nie tłumaczy to jednak, czemu w kiłowem zapaleniu opon znajdujemy skłaczkowacenie w strefach i kiłowej i oponowej, różniących się wszak znacznie stopniem rozcieńczenia płynu, lub dlaczego w gruźliczem zapaleniu opon strącenie obejmuje probówki, zawierające największe rozcieńczenie płynu m.-rdz.. Należy przeto sądzić, że prace Wright'a' i Kermack'a postawiły wprawdzie zagadnienie we właściwem świetle, lecz niezbędne są dalsze badania dla całkowitego wyjaśnienia czynników, warunkujących wyniki o. b.

Wnioski:

1. Odczyn benzoesowy w schorzeniach kiłowych daje wyniki zgodne z odczynem Bordet-Wassermann'a w 87%, w schorzeniach zaś niekiłowych owa zgodność wynosi 89%.

2. Odczyn benzoesowy wypada dodatnio wzgl. słabo dodatnio przy ujemnym odczynie Bordet-Wassermann'a w 54,5% stwardnienia rozsianego, przeto owa rozbieżność Wassermann-Benzoesowa może być rozpoznawczo bardzo pomocna w przypadkach wątpliwych i początkowych.

3. Wbrew twierdzeniu Guillain'a i towarzyszy poza sprawami kiłowemi, stwardnieniem rozsianem oraz sprawami oponowemi odczyn benzoesowy dawał niekiedy wyniki dodatnie w przypadkach guzów mózgu, raz w ropniu mózgu, raz w gruźliczaku mostu, raz w zapaleniu nerwów obwodowych i w zapaleniu nagminnem mózgu.

4. We wszystkich pozostałych cierpieniach odczyn benzoesowy był ujemny.

Piśmiennictwo.

Guillain, Guy Laroche i Lechelle: La réaction du benjoin colloidale, Masson 1922. — Ci sami: Soc. de Biologie, 1921. — Ci sami: Soc. des Hopitaux 1921. — Ci sami: Soc. de Biologie 1925. — Guillain, Guy Laroche i Machebeuf: Soc. de Biologie 1921. — Guillain i Marquézy: Presse Medicale 1924. — Huber: Soc. de Biologie 1921. — Kafka: Zeitschr. f. d. g: Neur: u: Psych: 1925: — Orzechowski: Pam. Klin. Szp. Dz. Jezus, t: VI, str: 15: — Souques, Mouquin i Walter: Soc. de Biologie 1923. — Targowla: Annales de Médecine 1921. — Thurzo: Zeitschr. f. d. g. Neur: u: Psych: 1924: — Ten sam: Deutsche Zeitschr: f: Nervenheilk: 1926: — Vincent: Soc. de Hopitaux 1923: — Walter i Kajzer: Przeg. Dermat. 1924. — Wright i Kermack: Biochemical Journal 1923.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Prym. Dr. SEIDLER. Lwów.

Gruźlica płuc jako wskazanie do przerwania ciąży i sterylizacji na podstawie własnych przypadków.

(Z Oddziału położ.-ginek. Okręg. Zw. Kas Chorych).

Zdanie Mengego — żądającego od położnika nie tylko wykonania zabiegu przerwania ciąży pod wpływem decyzji internisty, ale i odegrania równorzędnej roli w tej decyzji jest zupełnie słuszne. Zwłaszcza jeżeli chodzi o zdanie przerwania ciąży w gruźlicy płuc, to zdanie położników obserwujących gruźliczki w ciąży i połogu, nie powinno być lekceważone. W celu wyrobienia sobie własnego zdania o wpływie gruźlicy na ciążę i połóg urządził Menge mały izolowany oddział mieszczący kilka łóżek dla ciężarnych obciążonych gruźlicą płuc. Obserwacje jego jakoteż dane statystyczne jego asystenta Schultze-Rhonhofa doprowadziły do wyciągnięcia skrajnych wniosków: że ciąża, poród i połóg nie wpływa ujemnie na gruźlicę, i że takowa bynajmniej w powyższych stanach nie rozszerza się i nie zaostrza. Nie przerwaniem ciąży i czasową sterylizacją należy usuwać chorobę, ale leczeniem gruźlicy w ciąży i połogu. Takie jest stanowisko kliniki w Heidelbergu. Naszem zdaniem bardzo skrajne tem bardziej, że nie oparte na odpowiedniem doświadczeniu klinicznem lecz zaledwie na kilku korzystnych przypadkach gruźlicy płuc w ciąży — rzekomo wyleczonej naświetlaniem Roentgena. Odnośne kobiety mogły dzięki naświetlaniu odbyć poród i połóg bez pogorszenia procesu chorobowego.

Statystyka Schultze-Rhonhofa wykazująca prawie ten sam odsetek śmiertelności gruźlicy płuc obu płci, osiągający punkt kulminacyjny w 30-ym roku życia ma świadczyć o tem, że ciąża nie wpływa ujemnie na gruźlicę płuc.

Przyczynia się do tego wyrównania naszem zdaniem stanowisko socjalne mężczyzny, zużywającego więcej energji niż kobieta w walce o byt.

I inni autorowie nie uznają ujemnego wpływu ciąży i połogu na gruźlicę płuc, a nawet dopatrują się korzystnego wpływu ciąży na to schorzenie, jak Baumes, Wernick, Pinard i Sergent. Rosner uważając gruźlicę płuc za wyleczalną jest przeciwnikiem sterylizacji.

Przeciwnicy natomiast obserwując w ciąży i połogu pogorszenie sprawy płucnej, odradzają gruźliczkom zamążpójście aż do wyleczenia gruźlicy, a na zajście w ciążę pozwalają dopiero w dwa lata po klinicznem wyleczeniu gruźlicy (Panków, Bar, Winter, Kehrer, Gross, Schönberg, Siegert i inni).

Trzecia grupa zajmuje pośrednie stanowisko, a mianowicie radzi leczyć gruźlicę, a jedynie w razie pogorszenia się jej przerwać ciążę (Ruge, Zweifel, Seitz i Bumm).

Statystyki Pankowa, Wintera, Schuhmachera wykazujące zaognienie gruźlicy ukrytej *(tbc. latens)* pod wpływem ciąży w 13.8%, 31.5%, 57.1%, a pogorszenie gruźlicy czynnej *(tbc. manifesta)* według Pankowa w 75%, Wintera 86%, Veita 65% — 100 nie mogą pozostać bez wpływu na nasze postępowanie.

Również zestawienie Bara wykazuje pogorszenie gruźlicy pod wpływem ciąży, a to w I stadjum tbc. w 30—40%, w II stadjum tbc. w 85%, w III stadjum tbc. w 95—98%.

Nawet Winter, który dawniej w wyjątkowych tylko przypadkach w gruźlicy płuc przerywał ciążę dochodzi do wniosku w swej pracy z r. 1926 „Die operative Geburtshilfe", (Halban-Seitz), że w aktywnej gruźlicy we wszystkich jej stadjach należy do 7-go miesiąca bezwarunkowo przerwać ciążę. Od 7-go miesiąca wzwyż przerwanie ciąży jest tylko usprawiedliwione w gruźlicy ukrytej, natomiast w gruźlicy czynnej jest przeciwwskazane, gdyż pogarsza stan matki, a nie ratuje dziecka.

Inni są tego zdania, że pogorszenie gruźlicy w ciąży następuje li tylko do 3-ch miesięcy, a w razie braku pogorszenia do tego okresu, prognoza co do przebycia porodu i połogu ma być korzystna. Według niektórych autorów i naszej własnej obser-

Podział gruźlicy według Fränkel-Romberg-Aschoffa.

Obraz anatomo-patol.		Oglądanie klatki piersiow.	Wypuk	Przysłuch: oddech	Przysłuch: szmery dodat.	Temperat.	Ogólne objawy	Plwocina	Röntgen	Przebieg
I. Wygojone schorzenie szczytowe (postać cirrhotyczna)	Ogniska tkanki łącznej zamknięte, otorbione ogniska zwapniałe. Tworzenie tkanki łącznej	Szczyty zaciągnięte, ruchomość z boku upośledzona	Wypuk skrócony	Wdech zaostrzony, przedłużony, wydech zaostrzony	—	Prawidłowa	—	—	Ostro ograniczone ogniska Rysunek tkanki łącznej od wnęki do szczytu	—
II. Zaczynające się schorzenie szczytów (postać proliferatywno-produktywna)	Ogniska zapalne, proliferatywne, tworzenie się wysięku tkanki łącznej	Oba szczyty jednakowe	Nieznaczne skrócenie wypuku lub wypuk normalny	Osłabiony lub nieznacznie przedłużony wydech	Mało - średniobańkowe dźwięczne rzężenia	Ewentualnie podwyższona w południe lub wieczorem	Poty, osłabienie, schudnięcie	Skąpa zwłaszcza rano	Ogniska o granicach zatartych	Niepewny
III. Stare schorzenie szczytów (postać proliferatywno cirrhotyczna	Obok ognisk starych, ogniska świeże, zapalne proliferatywne, silne tworzenie się tkanki łącznej	jak I	jak I	jak I	jak II	jak II	jak II	jak II	jak I i II	Niepewny
IV. Postać bronchopneumonji (gruźlica eksudatywna phtysis florida	Ogniska broncho-pneumonji ogniska gruźlicze zlewające się	Ruchomość z boku upośledzona	Stłumienie	Nieokreślony aż do oddechu oskrzelowego Ewentualnie objawy kawern	Drobno- i średnio-bańkowe dźwięczne rzężenia	Silnie podwyższona, zwłaszcza wieczorem	Ciężkie	Obfita (†)	Cienie bronchopneumoniczne. Rysunek wnękowy wyraźny stare ognisko	Groźny
V. Gruźlica prosówkowa	Gruźlica prosówkowa wszystkich narządów	Bez wyniku	Ewentualnie bez szczególnych oznak	Niekiedy osłabione oddychanie przeważnie bez oznak szczególnych	Przeważnie brak	Przeważnie continua	Bardzo ciężkie duszności wybitna sinica	(†)	Rysunek równomierny rozlany drobnoplamisty	Zwykle śmiertelny

wacji tym momentem niekorzystnym ma być raczej poród i połóg, niż ciąża jako taka. Wszystkim natomiast gruźlica krtani daje bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży.

Podział gruźlicy Fränkel-Romberg-Aschoffa na 5 grup, uwzględniający zmiany anatomo-patologiczne i kliniczne powinien naszem zdaniem być wytyczną postępowania.

W I grupie przerwanie ciąży wogóle nie wchodzi w rachubę.

W IV i w V grupie należy bezwarunkowo przerwać ciążę zaraz w jej początkach.

II i III grupa nastręcza nam największe trudności w decyzji postępowania, gdyż w tych formach trudno przewidzieć, jaki obrót przybierze gruźlica. W tych wypadkach powinniśmy się kierować stanem podgorączkowym, ogólnym wyglądem i odżywieniem, a także warunkami socjalnemi.

Sześć naszych przypadków, w których dokonaliśmy przerwania ciąży z równoczesną sterylizacją, zaliczyć możemy za wyjątkiem 1-szego i 6-tego do II i III grupy schematu Fränkel-Romberg-Aschoffa.

Co do 1 naszego przypadku nie mieliśmy żadnych wątpliwości w postępowaniu. Dotyczył on chorej S. H. l. 27. L. pr. 272 pierwiastki, budowy kośćca lichej, odżywienia podupadłego. Diagnoza internisty *condensatio lobi super. uterque, disseminatio ad partes infer. precipue sin. Haemoptoe frequens.* Diagnoza laryngologa: *Tuberculoma pariet. post. laryngis.* Diagnoza nasza: *Graviditas 6 mens.*

12. VI. W znieczuleniu lędźwiowem wykonaliśmy cięcie cesarskie brzuszne (w dolnym odcinku ciała macicy) sposobem Franza, z równoczesną sterylizacją, (zmiażdżenie i podwiązanie trąbek sposobem Madlenera). Przebieg bez powikłań, temperatura utrzymuje się jak przed operacją do 38^0. Dziewiątego dnia spada do normy. Chora dziewiętnastego dnia opuszcza lecznicę z przeznaczeniem do leczenia klimatycznego. (Worochta).

W przypadku drugim chodziło o chorą B. S. l. 28. *nullipara.* Rozpoznanie internisty (Doc. Dr. Sabatowski): *Condesatio apicum* we wnęce lewego płuca sprawa świeża, drobne rzężenia, kaszel i plucie, stan podgorączkowy, odżywienie podupadłe. Ciąża 2 miesięczna. Zgodziliśmy się ze zdaniem internisty, że należy nietylko przerwać ciążę, ale i przeprowadzić sterylizację (za zgodą pacjentki).

13. VI. W znieczuleniu krzyżowem przerwaliśmy ciążę w typowy sposób, i wykonaliśmy sterylizację sposobem Sellheima t. z. otworzyliśmy jamę brzuszną przez tylne sklepienie pochwy i przeciągnęliśmy ujścia brzuszne jajowodów. Następnie wszyliśmy je między otrzewną z zatoki Douglasa a błoną śluzową pochwy. Ta mała zmiana sposobu Sellheima nie zostawiająca wolno ujść brzusznych w pochwie, pozwala na uniknięcie infekcji z pochwy do jajników.

Warunki socjalne chorej nie pozwalające na dłuższe klimatyczne leczenie, jak i stan ogólny chorej i płuc kazały nam w danym przypadku po naradzie z internistą (Doc. Dr. Sabatowski) przeprowadzić sterylizację. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, trzynastego dnia chora opuściła lecznicę.

Przypadek trzeci dotyczył chorej A. K. lat 26. Lp. 307. wieloródki, mającej 3-je dzieci żywych.

Rozpoznanie internisty (Doc. Dr. Sabatowski): *T. b. c. fibrosa chron. pulmonum, Anaemia major. gradus, Macies.* Rozpoznanie ginek. *Graviditas 2 mens.* Ogólny stan chorej, ciężkie warunki socjalne, odbycie 3-ch porodów i t. d. po naradzie z internistą, wpłynęły na naszą decyzję dokonania równoczesnej sterylizacji po przerwaniu ciąży.

W znieczuleniu krzyżowem dokonaliśmy przerwania ciąży przez wyłyżeczkowanie. Sterylizacji dokonaliśmy sposobem Sellheima z naszą modyfikacją. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, 13-ego dnia chora opuściła lecznicę.

Przypadek 4ty: Chora M. B. lat 32. Lp. 44. wieloródka, 5 razy rodziła, wszystkie dzieci żyją.

T. b. c. pulmonum destructiva. Graviditas 2 mens.

Na podstawie consilium z internistą (Doc. Dr. Sabatowski) przerwano ciążę w znieczuleniu krzyżowem. Sterylizacji dokonano sposobem Pfeilstickera. (Otwarcie jamy otrzewnowej przez przednie sklepienie, ściągnięcie jajowodów i wszycie ujść brzusznych pozaotrzewnowo między fałdem pęcherzowo-otrzewnowym a przednim sklepieniem pochwy). Przebieg pooperacyjny bez powikłań, 12-ego dnia chora opuściła lecznicę.

Przypadek 5-ty: Chora R. B. lat 25. Lp. 173. wieloródka, raz rodziła, dziecko żyje.

Rozpoznanie internisty (Doc. Dr. Sabatowski): *Apicitis ambilateralis* (sprawa czynna), *Hyperthyreoidismus, Inanitio magna,* stan podgorączkowy. Rozpoznanie ginek.: *Graviditas 2$^1/_2$ mens.*
W znieczuleniu krzyżowem przerwanie ciąży i sterylizacja sposobem Pfeilstickera, przebieg pooperacyjny bez powikłań, 7-ego dnia chora opuściła lecznicę.

Przypadek 6-ty: Chora K. S. lat 26. Lp. 411, wieloródka dwa razy rodziła, dzieci żyją.

Tuberculosis productiva pulmonum uterque, Scoliosis columnae vertebralis thoracis, Laryngitis chron. T. b. c., Enteritis, Macies. Graviditas 2$^1/_2$ mens.

Po naradzie z internistą (Doc. Dr. Sabatowski) dokonano w znieczuleniu krzyżowem przerwania ciąży i sterylizacji sposobem Pfeilstickera. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, chora 11-ego dnia opuściła lecznicę.

Wszystkie pacjentki i ich mężowie wyrazili pisemną zgodę na dokonanie sterylizacji.

W wszystkich naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z gruźlicą czynną. Uwzględniając uwagi nasze omawiane na wstępie uważamy nasze postępowanie za zupełnie usprawiedliwione, tem bardziej, że wobec ciężkich warunków materjalnych naszych pacjentek nie mieliśmy żadnej nadziei wyleczenia. A co więcej licząc się z możliwością pogorszenia stanu w czasie tej ciąży i ewentualnie następnych, uważaliśmy za swój obowiązek ratowania matek — dzieciom już żyjącym. Dwa pierwsze przypadki dotyczące pierwiastek ze względu na swój ciężki stan, również nasze postępowanie usprawiedliwiają. Względy eugeniczne — nie przysparzania społeczeństwu osobników chorych — dziedziczność gruźlicy bowiem jest uznawana — także nie powinny być pomijane.

Nakoniec nadmienić musimy, dlaczego dla osiągnięcia sterylizacji wybraliśmy sposoby operacyjne i to wyżej opisane.

Sposoby powyższe (z przeszło 40 znanych) wykonane równocześnie z przerwaniem ciąży, wydawały nam się w odnośnych przypadkach najmniej skomplikowane i co do wartości swej pewne. Opróżnienie macicy począwszy od 10-ego tygodnia ciąży drogą cięcia brzusznego, cięcie na przedniej ścianie macicy jak to radzą Vogt, Walthard, Anderes, Doerfler i inni — a następnie przemieszczenie jajników sposobem Blumberga lub Van de Velde'a, uważamy za zabieg znacznie niebezpieczniejszy, i więcej skomplikowany.

Przemieszczenie pozaotrzewnowe jajowodów drogą pochwową jest może trudniejsze technicznie, ale dla pacjentek znacznie bezpieczniejsze niż *„per laparatomiam"*. Blizna brzuszna u osób ciężko pracujących fizycznie w następstwach swych nie jest obojętna.

Sposób Madlenera wykonany w pierwszym przypadku jest bardzo prosty. Chętnie wykonujemy go w dwu i trzykrotnie powtarzanych cięciach cesarskich. Według autora jakoteż innych operatorów (Walthard, i Weber) daje minimalny procent zawodów (na 349 przypadków — 1).

W naszym pierwszym przypadku w 13 dni po zabiegu operacyjnym wykonana salpingographja wykazała w miejscu podwiązek niedrożność trąbek. W przypadku 2-gim i 3-cim salpingographia wykonana 11-go dnia po zabiegu operacyjnym uwidoczniła na zdjęciu tylko części przymaciczne jajowodów — części zaś *ampulo-infundibularne* nie były widoczne na zdjęciu, gdyż przysłaniał je obraz macicy. Wolnej jodipiny nie stwierdzono w jamie brzusznej. Kilkumiesięczna obserwacja naszych następnych chorych dała wynik zadowalniający tak pod względem ogólnego stanu — jakoteż i braku ciąży mimo nie zachowywania żadnych środków ostrożności. Sterylizacja dała więc wynik pożądany.

Sposób Pfeilstickera nasuwa duże trudności techniczne w razie zrostów przydatków i ciąży powyżej 2 miesięcy. Osiągnięcie sterylizacji zapomocą promieni Roentgena jest bezwzględnie daleko prostsze. Tem bardziej że przy dzisiejszej technice roentgenowskiej i możności dawkowania — możemy wywołać czasową *„amenorrhoe"*. Obawy zaś dotyczące ewentualnych zaburzeń w późniejszej ciąży i ujemnego wpływu na potomstwo coraz mniej są uznawane (Okinczyc, Trillmick, Nürnberger, Martius, Stoeckel i inni). Również nie należy się obawiać stałego wytrzebienia u osób młodych przy małych dawkach roentgenowskich. Jak dowodzą bowiem prace Seitza i Sachsa z kliniki Stoeckla jajniki u osób młodych są bardzo oporne, a regularność nawet po zastosowaniu dawek silniejszych wystąpi wcześniej lub później, dzięki dojrzeniu nieuszkodzonych pęcherzyków pierwotnych.

Mając jednak na względzie młody wiek naszych chorych — gruźliczek, u których nawet czasowa kastracja wywołuje przykrzejsze objawy wypadnięcia funkcji jajników niż u innych osób (H e i l) i zmniejsza odporność organizmu przeciw lasecznikom gruźliczym (T h a l e r) — a z drugiej strony nie mając żadnej nadziei poprawy stanu chorobowego wobec ciężkich warunków materjalnych naszych chorych wybraliśmy sterylizację operacyjną.

Co prawda i sposoby sterylizacji operacyjnej nie wykluczają zajścia w ciążę — po wykonaniu drugiego zabiegu, usuwającego pierwszy zabieg wykonany w celu sterylizacji. (Przypadek Van de Velde'a i Michaelisa). Jakkolwiek o tem nie myśleliśmy

w naszych przypadkach, to przecież z tą możliwością musimy się liczyć.

Piśmiennictwo.

Weber: Zentralblat f. Gyn. 1923. Str. 1088. — Wasser: Zentralblat f. Gyn. 1925. Nr. ,42. — Madlener: Zentralblat f. Gyn. 1919, Nr. 380: — Madlener: Zentralblat f. Gyn. 1926, Nr. 4. — Schultze-Ronhof: Zentrlblat f. Gyn. 1926, Nr. 13 i 45. — Menge: Zentralblat f. Gyn. 1926, Nr. 14: — Neuwirth: Zentralblat f. Gyn. 1926, Nr. 17. — Pankow: Zentralblat f. Gyn: 1926, Nr. 38, i Halban: Seitz Tom 3. — Gross: Zentralblat f. Gyn. 1927. Nr. 12. — Michaelis: Zentralblat f. Gyn. 1927, Nr: 13: — König u. Poeck: Zentralblat f. Gyn. 1927, Nr. 23. — Sachs: Zentralblat f. Gyn. 1927, Nr. 20. — Nürnberger: Zentralblatt f. Gyn. 1927, Nr. 1. — Martius: Zentralblat f. Gyn: 1927, Nr: 1. — Flaskamp: Zentralblat f. Gyn. 1927, Nr. 1: — Schreiner: Zentralblat f. Gyn. 1927, Nr. 10. — Dumarest i Brette: 1924, Nr. 15, ref. Charles C Norris i Douglas P. Murphy: Zentr. f. Gyn. 1924, Nr. 15. — Pfeilsticker: Zentralblatt f. G. 1924, Nr. 7a: — Seidler: Polska Gazeta Lekarska 1924 Nr. 38. — Rosner: Ginekologja. — Sellheim: Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 38, H. 2. — Sellheim: Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 64, H. 2 i 3. — Penzold: Strahlentherapie 1926. — Winter, (Urban et Schwarzenberg) 1918 r. Die Indikazion zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft i Halban-Seitz 1926 rok.

Dr. Jan MOSSAKOWSKI, asystent kliniki. Warszawa.

W sprawie odjęcia łuku barkowego. *(Amputatio interscapulo-thoracalis).*

Z I Kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
Dyrektor: Prof. Dr. A. Leśniowski.

Odjęcie łuku barkowego — zabieg równie rzadko stosowany jak odjęcie łuku miednicowego — wskazane jest prawie wyłącznie w przypadkach nowotworów złośliwych. Wprawdzie pierwszy tego rodzaju zabieg wykonał Cummings w r. 1808 z powodu ciężkiego obrażenia barku w następstwie postrzału, to jednak w czasach późniejszych i obecnie wykonywa go się tylko w razie zajęcia przez nowotwór złośliwy całego łuku barkowego, o ile zastosowanie mniej obrażającej operacji jest niemożliwe. Niewątpliwie zabieg ten możnaby stosować również w rozległych obrażeniach tej okolicy, powstałych wskutek urazu, a także z powodu ropowicy lub zgorzeli, w przypadkach tych jednak usiłujemy zawsze, dopóki stan ogólny chorego pozwala, postępować zachowawczo i do ostatka unikać tej niewątpliwie najbardziej okaleczającej operacji.

W ciągu 2 lat ubiegłych dokonałem odjęcia łuku barkowego dwukrotnie; nasunęły mi się wówczas pewne uwagi, dotyczące techniki tego zabiegu, któremi obecnie pragnę się podzielić; niepozbawione są też w przypadkach moich pewnego znaczenia szczegóły wywiadów, rzucające być może światło na etjologję powstawania mięsaków, wiek chorych, długotrwałość przebiegu klinicznego choroby, wyniszczenie, wywołane znacznie posuniętym rozwojem cierpienia, a w pierwszym przypadku równocześnie występującem innem cierpieniem przewlekłem, pomimo których chorzy ciężki ten zabieg znieśli pomyślnie i opuścili klinikę wyleczeni.

Przypadek pierwszy dotyczył mężczyzny l. 60, który przed 6-ma laty upadł na bark prawy; chwilę upadku uważał on za początek swego cierpienia. W ciągu 2 lat następnych chory odczuwał tylko podczas ruchów bóle o nasileniu zmiennem, z biegiem czasu jednak bóle stawały się coraz dokuczliwsze, a ruchy bardziej ograniczone. W 3 lata od początku choroby zauważył, że wymiary barku prawego szybko powiększają się, kończyna zaś coraz bardziej słabnie i staje się niezdolną do pracy. Poza tem chory cierpi od 3-ch lat na zapalenie nerek. Leczenie dotychczasowe polegało na nakłuwaniu barku i wstrzykiwaniu nieznanego choremu leku. Od dzieciństwa jest garbaty. Badanie przedmiotowe wykazało guz wielkości głowy dorosłego człowieka, obejmujący górną część ramienia, jamę pachową, szczyt barku, z przodu zewnętrzną część obojczyka, z tyłu zewnętrzną połowę łopatki. Guz spoistości napiętego mięśnia, niechełbocący, nieprzesuwalny; na bocznej powierzchni guza w miejscu dawniej wykonywanego nakłuwania znajduje się przetoka, z której po ucisku wycieka płyn surowiczo-krwawy. Ruchy w stawie barkowym zarówno czynne jak i bierne znacznie ograniczone. Gruczoły chłonne bliższe i dalsze niepowiększone. Odcinek piersiowy kręgosłupa wygięty w duży garb. W moczu znaczna ilość białka. Nieznaczny obrzęk stóp i twarzy. Badanie bakterjologiczne płynu z przetoki wykazało mało charakterystyczną florę mieszaną, za pomocą badania drobnowidowego kawałka guza stwierdzono utkanie mięsaka. Brak klinicznych i rentgenologicznych objawów przerzutów. Znaczne wyniszczenie ogólne.

W przypadku drugim guz przynajmniej dwa razy większy od poprzedniego dotyczył kobiety 68-letniej. Początek choroby był tu jeszcze powolniejszy. Przed 20 laty chora upadła i uległa złamaniu prawej kości ramieniowej. Po zdjęciu opatrunku gipsowego stale odczuwała bóle w stawie barkowym, a w pół roku po złamaniu zauważyła pod pachą guz, który następnie został przez lekarza usunięty. W parę miesięcy po zabiegu chora znów zauważyła guz pod pachą, a równocześnie cały bark uległ powiększeniu i ruchy stały się bardzo bolesne i ograniczone. Leczona była nakłuwaniem guza i wstrzykiwaniami mieszanki jodoformowej. Badanie w klinice wykazało wyniszczenie ogólne. Kończyna górna prawa znacznie obrzmiała. W górnej połowie ramienia stwierdza się olbrzymich rozmiarów guz, obejmujący cały bark, łopatkę i zewnętrzną połowę obojczyka. (Rys. 1 i 2.). Ruchy czynne i bierne w stawie barkowym zniesione. Na bocznej powierzchni guza duże owrzodzenie z wydzieliną cuchnącą. Brak klinicznych i rentgenolo-



Rys. 1.



Rys. 2.

gicznych objawów przerzutów. Badanie bakterjologiczne wydzieliny nie dało nic charakterystycznego, badanie drobnowidowe cząstki guza — wykryło budowę mięsaka wrzecionowato-komórkowego.

Operacje w ogólnych zarysach wykonano według techniki, opracowanej we Francji w r. 1887 przez Bergera, w Niemczech zaś przez Esmarcha — w przypadku pierwszym w znieczuleniu ogólnem eterowem, w drugim — w znieczuleniu miejscowem.

Pierwszą część zabiegu stanowi podwiązanie naczyń, doprowadzających krew do łuku barkowego. W tym celu po ułożeniu chorego poziomo, cięciem biegnącem wzdłuż całego obojczyka poprzez skórę i okostną odsłaniamy tę kość i wycinamy z niej, mniej więcej pośrodku, odcinek około 5 cm. Robię to w tym celu, aby po odciągnięciu hakami pozostałych odłamków obojczyka i po przecięciu m. piersiowego większego, mniejszego i m. podobojczykowego wraz z okostną tylnej powierzchni obojczyka, po odprowadzeniu ramienia, otrzymać szeroki dostęp do naczyń i nerwów. Następnie podwiązujemy tętnicę i żyłę podobojczykową. To jednak nie wystarcza, pamiętać bowiem należy, że istnieje szereg tętnic, które ponad miejscem podwiązania tętnicy podobojczykowej doprowadzają krew do jamy pachowej i do wszystkich trzech krawędzi łopatki, względnie do mięśni, które tu się przyczepiają. Do nich należą: tętnica powierzchowna szyi, która biegnąc w dole nadobojczykowym zaopatruje mięśnie: łopatkowo-gnykowy, dźwigacz łopatki i przedni brzeg m. czworobocznego; tętnica poprzeczna szyi, której gałązka zstępująca biegnie wzdłuż przyśrodkowej krawędzi łopatki i łączy się z tętnicami jamy pachowej; tętnica poprzeczna łopatki, która łączy się z gałązką tętnicy podłopatkowej — tętnicą okalającą łopatkę, wreszcie mniej ważne znaczenie posiada tętnica szyjna wstępująca, której gałązki dolne czasem dochodzą do mięśni, przyczepiających się do górnej krawędzi łopatki. Wszystkie wymienione tętnice z wyjątkiem być może ostatniej należy bezwarunkowo uprzednio podwiązać w celu uniknięcia znaczniejszego krwawienia podczas odcinania łopatki. Niekiedy, jakto miało miejsce w drugim przypadku, brak jest tętnicy poprzecznej szyi, zastępuje ją wówczas t. szyjna powierzchowna, zyskująca wtedy na grubości i odwrotnie tej ostatniej może nie być, zastępować ją będzie wówczas tętnica poprzeczna, po podwiązaniu naczyń przecinamy splot barkowy. W drugim przypadku odbyło się to prawie bezboleśnie dzięki temu, że przecinałem



Rys. 3.

nerw za nerwem po poprzedniem wstrzyknięciu pod otoczkę nerwu i w sam nerw znacznej ilości nowokainy. Unosząc następnie kończynę ku górze odsłaniamy jamę pachową, a także powierzchnię przednią łopatki i usuwamy wszystkie chorobowo zmienione gruczoły. Kończymy zabieg albo od tyłu, kładąc chorego na brzuchu, albo też operujemy w dalszym ciągu od przodu — sposób według mnie najdogodniejszy. Odciągamy tedy cały bark ku tyłowi w celu uwidocznienia przyśrodkowej krawędzi łopatki, wzdłuż której przecinamy mięsień zębaty przedni i m. m. równoległoboczne, przy krawędzi górnej przecinamy m. łopatkowo-gnykowy i dźwigacz łopatki, od grzebienia zaś łopatki m. czworoboczny. Odcinając przy samej kości ramieniowej m. najszerszy grzbietu, kończymy odjęcie kończyny; pozostaje zeszycie kikutów mięśni piersiowego większego i najszerszego grzbietu oraz skóry.

Badanie odjętej kończyny w pierwszym przypadku wykazało, że punktem wyjścia mięsaka była okostna kości ramieniowej, w drugim w celu przechowania preparatu badania tego nie wykonano.

Rany pooperacyjne zagoiły się ziarninowaceniem z powodu obecności zakażonych przetok, jakie powstały w następstwie wielokrotnych nakłuć. (Rys. 3 i 4).



Rys. 4.

W obu przypadkach chorzy wskazywali uraz jako przyczynę choroby. W pierwszym przypadku podziałał on bezpośrednio na bark, w drugim miało miejsce jakoby złamanie kości. Możnaby szczegółom tym nie przypisywać żadnego znaczenia, zwłaszcza że chorzy zazwyczaj chętnie upatrują w urazie przyczynę swoich dolegliwości, sprawa ta jednak nabiera znaczenia przedmiotowego w świetle faktów, dostarczanych przez statystyki obce. Już w r. 1907 na zjeździe chirugów francuskich ożywione rozprawy wywołała praca Segouda, który uważał uraz za doniosły czynnik etjologiczny w powstawaniu mięsaków. Berard Dehelly, Tavernier, opisując przypadki, spostrzegane od początku choroby, potwierdzają pogląd powyższy. Gross w 50%, a Kocher w 30% przypadków stwierdzili uraz jako czynnik etjologiczny. Pogląd ten popierają również niektórzy autorzy amerykańscy, opierając się na największych statystykach, bo obejmujących u Coley'a — 400 przypadków, u Myedinga zaś — 250. Teorji tej jednak nie brak i przeciwników. Delbet, Hartmann, Tuffier i inni, sądzą, że wszystkie te statystyki grzeszą, zwłaszcza w przypadkach złamań, poprzedzających powstanie nowotworu, brakiem krytycznej oceny kolejności zjawisk, którąby pozwoliła ustalić, co było sprawą pierwotną — złamanie czy nowotwór, przebiegający tak często skrycie. Należałoby zdaniem tych autorów w każdym przypadku badać chorego od najwcześniejszego okresu choroby i wykazać rentgenologicznie, że złamanie powstało w kości, przedtem rentgenologicznie przynajmniej zupełnie zdrowej. W przypadkach swoich warunków tych spełnić nie miałem możności, to też z punktu widzenia teorji urazowej mają one znaczenie sporne.

Statystyka śmiertelności po tym zabiegu, jeśli śledzić ją od chwili wprowadzenia zabiegu omawianego do chirurgji, poprawia się wraz z postępem techniki chirurgicznej. Gdy w r. 1866 Lucas Championière uważa odjęcie łuku barkowego za zabieg rzadko stosowany i trudny do wykonania, już w r. 1887 Berger przytacza 57 tego rodzaju operacyj z dość wysoką jeszcze odsetką śmiertelności pooperacyjnej, bo wynoszącą 20%. Fowler w r. 1900 przytacza 82 przypadki już z 8% śmiertelności, Jeanbran i Riche w r. 1906 na 188 przypadków — 11%; z pośród tych ostatnich przypadków w 35 operowanych przed r. 1887 śmiertelność wynosiła 20%, w pozostałych zaś 153, operowanych po r. 1887 — tylko

7.84%. Wyniki późniejsze niestety nie są pomyślne. Wspomniani Jeanbran i Riche przeciętną długotrwałość życia po tym zabiegu obliczają na 35 miesięcy, Berger sądzi, że odjęcie łuku barkowego w przypadkach nowotworów, wychodzących z łopatki, daje pięciokrotnie wyższą śmiertelność, niż w przypadkach guzów, wychodzących z kości ramieniowej. Należy jeszcze podkreślić, że mięsaki, wychodzące z okostnej, posiadają szczególną złośliwość. Koeber w r. 1906 w 32 przypadkach mięsaków okostnowych stwierdził jako najdłuższy okres życia po zabiegu — 3 lata. W Stanach Zjednoczonych, gdzie chirurdzy w statystykach swoich odróżniają mięsaki pochodzenia szpikowego od okostnowych, złośliwość tych ostatnich jest również wielka, tak np. według statystyki Codmana z Bostonu, obejmującej 454 przypadki po upływie 5 lat po zabiegu żyje tylko 4 chorych.

Co się tyczy przypadków moich, to pierwszy chory po wyjściu z kliniki znikł mi z oczu zupełnie, drugą zaś chorą widziałem po upływie 2 lat i wówczas nie stwierdziłem ani klinicznie, ani rentgenologicznie żadnych przerzutów.

Piśmiennictwo.

Adelman: Die operative Entfernung d. Knöchernen Brustgürtels. Arch. f. Klin. Chir. 1888, T. 37: — Berger: De l'amput. iuscapulo-thorac. Rev: de Chir: Nr: 10, 1898: — Brer, Bran, Kümmel: Chir. Operationslehre, T. V. — Tavernier: Recidive tardive d'un osteosarc. etc. Lyon Chirurg. T. 20, Nr. 3, 1923: — Tavernier: Osteosarcome et traumatisme. Lyon Chirurg. T. 20, Nr. 6, 1923. — M. Durand: Resultat eloigné d'une ablation de l'omoplate. Tamże. — Bonnet i Lagoutte: Osteosarcome et traumatisme. Tamże. Tixier, Pièce de desarticulation interscapulothorac. Lyon Chirurg. T. 22, Nr. 4, 1905. — Paitre: Desarticulation interscap. thorac. etc. Lyon Chir: T: 23. Nr: 1, 1926. — Dehelly: Osteosarcome de l'humerus droit desarticulation intersc. thoracique etc. Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris Nr: 11, 1923: — Fischer: Ampulatio inters. thoracalis. Deutsch. Med. Woch. T: 48, Nr: 26, 1922.

PORADNIK JĘZYKOWY.

Dział ten rozszerza się bardzo na łamach P. G. L. i świadczy o żywem zainteresowaniu lekarzy tym przedmiotem. Pragnę również wypowiedzieć parę uwag do niektórych podniesionych punktów, chociaż nie jestem ani lingwistą ani gramatykiem i językoznawstwem się nie zajmuję.

I. Z propozycją wyrazów „zakład zdrojowy, zdrojownik i opłata zdrojowa" czynioną przez dra Michalika można zakończyć dyskusję o wyrazy dom kuracyjny, kuracjusz i taksa kuracyjna, gdyż z wszystkich proponowanych wyrazów te są pod każdym względem najlepsze.

II. Spolszczenie wszystkich terminów lekarskich, jakiego niemal w każdym numerze wymaga Prof. Browicz, nie da się przeprowadzić i uważam za zupełnie niepotrzebne. Opisy te są albo zbyt złożone i nie zrozumiałe, albo nie oddają właściwego pojęcia, podczas gdy przyjęty już termin naukowy czytelnik łatwo zrozumie. W każdej nauce istnieje szereg terminów międzynarodowych, które ułatwiają i umożliwiają porozumienie się fachowców, dlatego też zatrzymanie tych wyrazów w każdym języku jest koniecznością i ułatwieniem, a byłoby wielką krzywdą, pozbawiać lekarzy polskich tej korzyści naukowej. Tam gdzie posiadamy dobre polskie wyrazy, powinniśmy ich używać. ale nie potrzebujemy się starać koniecznie o spolszczenie każdego naukowego pojęcia. Mamy w medycynie piękne wyrazy dur, błonica, płonica; czy przez to już wykluczamy używanie znanych wszystkim wyrazów tyfus, dyfterja, szkarlatyna, a czy histerja, neurastenia, hemofilja, reumatyzm nie są zrozumialsze i piękniejsze niż macinnica, niemoc nerwowa, krwawiączka, gościec, z których w dodatku nie można zawsze utworzyć pochodnych przymiotników i rzeczowników, jak histeryk, neurastenik, reumatyk, tabetyk, diabetyk i nefrytyk.

III. Kol. Zwejgbaum jest, jak widać, wytrawnym językoznawcą; nie wolno nam jednak zapominać o żywotności języka, rozwijającej się i rosnącej stale, przyczem częstokroć wyrazy i całe zwroty idą w zapomnienie a miejsce ich zajmują nowe. Powstrzymanie zatem rozwoju języka równałoby się okuciu w żelazne okowy, których jednak życie codzienne nie znosi. Dawniej język polski rozwijał się pod wpływem zwrotów i gramatyki łacińskiej, dziś mając styczność dzień w dzień z językiem angielskim, francuskim i niemieckim, przyjmuje od nich niektóre zwroty i wyrazy, rzecz zresztą spostrzegana w rozwoju niemal wszystkich języków, u nas zaś tembardziej, bo każdy z nas zna i używa oprócz języka polskiego jeszcze inne języki. Wszędzie więc spostrzegamy, że niektóre wyrazy wychodzą z użycia, a na ich miejsce wstępują nowe, albo wyrazy nabierają innego znaczenia, aniżeli miały dotychczas. To są prawa żywotne języka i prawom tym nie możemy się oprzeć, w przeciwnym razie byłaby to walka z wiatrakami.

1. Orzeczenie musi nastąpić po podmiocie, ale jeśli kładziemy nacisk na to orzeczenie, kładziemy je na pierwszem miejscu i to właśnie było w kilku przytoczonych i wyrwanych z ogólnej treści przykładach.

2. Wdzięczni jesteśmy za ścisłą regułę, kiedy kłaść przymiotnik przed rzeczownikiem i kiedy po nim. Pod wpływem języków nowoczesnych spostrzegamy jednak u dobrych pisarzy coraz większe dążenie, kłaść przymiotnik przed rzeczownikiem.

3. Przyimek „dla" wyrobił sobie już prawo obywatelstwa, z którego nie da się tak łatwo zrezygnować tam, gdzie jest logicznie zastosowany; bo jak jest dobrze mówić zakład sierót, starców i t. d. tak jest logicznie pisać towarzystwo dla popierania studentów, dla podniesienia kultury i t. d.

4. Nas wszystkich uczono w szkole, że można mówić, ojciec jest dobry albo dobrym; czy gramatykę pod tym względem zmieniono?

5. Co do przyimka „przy", to nie we wszystkich wyliczonych przykładach on razi; zapewne powinniśmy mówić w leczeniu, w tyfusie, ale przy czytaniu, przy pracy, przy kaszlu, przy wystawianiu świadectw, przy urodzeniu i t. d. brzmi dobrze i jest logiczne, chociaż przywędrowało może do nas z innych żywotnych języków. Nie wszystko co obce, musi być złe. Skoro jest złe, to żywy język tego nie przyjmie, a jeśli tak rychło i ogólnie przyjął, to dlatego, że brzmi dobrze. Przed wielu laty jeszcze czytałem podobne rozumowania językowe krakowskiego prof. uniwersytetu Skobla, w których ostro ganił wszelkie wyrazy i zwroty w języku polskim, jakie przedostały się z urzędowego języka niemieckiego i nabrałem przekonania, że co nie brzmiało po polsku, nie ostało się, natomiast wiele zwrotów n. p. patrzeć przez palce, trwało 18—24 godzin, miarodajny i t. p. nabrały zupełnego prawa obywatelstwa w języku polskim pomimo ostrych nawoływań ówczesnego profesora uniwersytetu.

6. Ilość i liczba, pierwsze tylko „przy wymianie" skupisk rzeczy stałych lub płynnych, drugie „w wymianie" zbiorowiska istot podobnych. Mimo to w wielu przykładach nie razi nas inaczej użyty wyraz ilość, jak komórki skupione w większej ilości, ilość przypadków, ilość lat (ile lat masz), ilość płytek we krwi, ilość mieszkań i domów, ilość potomstwa, ilość przerywań, ilość zwierząt, ilość uprawnionych do głosowania. Co innego jeśli jest mowa o pewnej, oznaczonej liczbie. Język żywy i potoczny nie trzyma się tak ścisłych określeń, jakby chciał autor i nie może się przy każdej ilości zastanawiać, czy to są istoty podobne i czy one mogą tworzyć skupiska. Zresztą czy ciałka krwi, komórki naprawdę nie mogą tworzyć skupiska, albo czy przypadki, potomstwo, przerywania muszą być tylko istoty podobne? Pamiętam jeszcze, jak nas uczono, że silny może być tylko lew, człowiek, a mocny tylko drut, sznur. Mimo to mówimy zupełnie poprawnie silna budowa, silny kaszel, silna wola, a człowiek może być mocny w siłach.

7. Zawartość zamiast treści. Treść żołądka nie jest jego wyciągiem lub wyciskiem, lecz to co on zawiera, jak pod treścią książki rozumiemy nietylko spis rozdziałów, ale i to co ona zawiera i dlatego treść żołądka, jelit i cysty jest dobrze powiedziane, nie mówiąc już o tem, że już wiele pokoleń lekarzy polskich tak mówi i pisze. Tak przecie tworzą się w każdym języku synonimy i wyrazy oznaczające równocześnie kilka pojęć. Jestem przekonany, że treść nie da się w języku wyrugować przez zawartość, choćby dlatego, że treść jest wyrazem krótszym, łatwiejszym i gładszym niż trudniej i dłużej wypowiedziane zawartość. Jako język nowoczesny także język polski woli wyrazy łatwiejsze i krótsze niż trudniejsze i dłuższe. Jest to cechą mowy nowoczesnej, że przedkłada wyrazy krótsze i skrócone; zamiast kinematograf, automobil, bicyklista, fotografja, radjofon, roentgenografja mówimy kino, auto, cyklista, nawet foto, radjo, roentgen. Każdy język ma wiele sylogizmów, a metafory i parabole lubi nietylko poezja, ale używa ich także mowa potoczna. Niesłusznie n. p. nasi nauczyciele ludowi zwalczyli zupełnie używany dawniej zwrot „jutro niema szkoły (tylko nauki niema)", jakby szkoła oznaczała tylko budynek szkolny. Jeden ze znanych prymarjuszy wytyka codziennie swoim lekarzom, że nie wolno mówić punkcja próbna tylko diagnostyczna. Cóż w tem nielogicznego? Czy „przy stłumieniu" w klatce piersiowej nie próbujemy punkcją, czy jest płyn lub nie, czyż nie robimy próbę „dla diagnostyki"? Inny lingwista robi nam zarzuty za zwrot z reguły, bo nie jest pierwotnie polski. Coby nam zostało z języka, gdybyśmy chcieli zachować tylko wyrazy pierwotne i od jakiego czasu należy je liczyć za pierwotne. Czy język dzisiejszy nie ma już tych samych praw, jakie miał dawniej? Zachowajmy z tradycji to co dobre, ale przyjmujmy i z nowego również to, co jest dobre.

Żywotność języka oznacza nietylko, że jest w użyciu, lecz i to, że się ciągle zmienia, bo życie oznacza ciągłą zmianę i wymianę. Wolno językowi przyswajać sobie obce wyrazy i zwroty, skoro je potrzebuje albo jeśli są dobitne, treściwe i logiczne. Czy mieszkający wśród nas Ukraińcy, Białorusini, Litwini, Niemcy i Żydzi nie przyjęli i nie przyjmują ciągle wyrazy i zwroty polskie? Czy dobre są tylko te wyrazy, które mole książkowi znajdą w archiwach albo folklorysta usłyszy z ust chłopa w zapadłej wiosce górskiej?

Dra Zwejgbauma upraszamy o dalsze jego cenne uwagi językowe. Ja jednak oświadczam, że nie wdam się w żadną dyskusję językową, gdyż nie jestem językoznawcą, pragnąłem tylko przemówić w obronie żywotności i praw żywego języka. Sądzę też, że Szanowna Redakcja nie powinna szczupłych skądinąd łam P. G. L. zapełniać dwukrotnem wydrukowaniem 28 zdań z orzeczeniem w narządniku, 47 zdań podwójnie z przyimkiem przy, 29 zdań podwójnie o ilości leukocytów, erytrocytów i tylko 15 z wyrazem treść. Kolegów piszących swe spostrzeżenia i referaty pocieszam tem, że jeśli gorliwy językoznawca weźmie pod rozbiór dzieła Kraszewskiego, Korzeniowskiego, Sienkiewicza, to niejedna stronica wyszłaby pełną podkreśleń czerwonym atramentem. Ale o co powinniśmy się starać w naszym języku lekarskim, to jest o zrozumiały, łatwy, gładki i potoczysty styl z dobrą składnią i bez długich zawiłych zdań. Tak jest pisanych wiele podręczników niemieckich, tak pisał swoje książki Sokołowski. Zbyt radykalnym językoznawcom zacytuję jeszcze słowa Goethego:

Tust deine Sache und tust sie recht,
Halt' fest und ehre deinen Orden!
Haltst du aber die andern für schlecht,
So bist du selber ein P e d a n t geworden.

Dr. I. Fels, (Lwów).

OCENY.

K i r s c h n e r-N o r d m a n n: *Die Chirurgie*. Zeszyt 12. 1926. Zeszyt ten nie ustępuje pod względem treści i formy innym częściom znakomitego dzieła. Obejmuje chirurgię przełyku oraz śródpiersia. W części pierwszej zostają omówione dane anatomiczno-fizjologiczne i rozwojowe, metody badania, zwłaszcza oesofagoskopja. Na uwagę zasługują obszerne rozdziały, o ciałach obcych przełyku, plastykach tegoż oraz o zabiegach operacyjnych przy nowotworach, objaśnione licznemi rycinami oraz barwnemi i bardzo plastycznemi tablicami. W części drugiej uwzględniono obszernie ważne dane o czynnościach śródpiersia, jego stosunku do czynności oddechowych i innych w warunkach prawidłowych i chorobowych oraz opracowano diagnostykę, uszkodzenia, zapalenia, guzy i technikę operacyjną.

Zeszyt 13. 1927. Obejmuje chirurgję twarzy, szczęk i uzębienia oraz chirurgję nosa i jam sąsiednich. Najcenniejsze są rozdziały o leczeniu wad rozwojowych warg i podniebienia, plastykach w zakresie twarzy oraz część ortopedyczna chirurgji szczęk. — Chirurgję nosa i jam przedstawiono zwięźle z szczególnem uwzględnieniem celów praktycznych. Kilkaset bardzo dobrze dobranych i pięknych rycin oraz kilka kolorowych tablic dopełnia wartości tego bardzo cennego tomu.

Hilarowicz (Lwów).

Prof. L. R o l e w: *„Oftalmologja prakticzeskogo wracza"*. Wydawnictwo dzieł lekarskich „Wracz" Berlin 1927 r.

Pierwsze kroki młodego lekarza — poczynającego praktykę należą do najcięższych etapów jego życia, zwłaszcza, jeśli on podejmuje się leczenia chorób ocznych. Z czasów studjów Uniwersyteckich zachowuje się w jego pamięci dość haotyczne wrażenia licznych metod różnorodnych, rozpoznania z kliniki chorób wewnętrznych lub pozostaje niegasnący podziw dla skomplikowanych operacyj chirurgicznych. I niestety, zazwyczaj dość późno, budzi się w nim przeświadczenie, że poznanie schorzeń tego drobnego a misternego narządu, jakim jest oko, należy również do rzeczy niezbędnych w praktyce codziennej. Dopiero stykanie się z większą ilością chorych cierpiących na oczy powoduje, że młody lekarz powraca do podręczników okulistyki, doszukując się w nich jednego doradcy. Większość podręczników ujmuje jednak zazwyczaj całość systematyczną chorób ocznych, dlatego też nieznam podobnego dzieła, któreby pouczało, jak należy przystępować do leczenia chorób ocznych, a wydaje mi się, że wskazówki, mogące wyjaśnić są niezbędnie potrzebne. I właśnie omawiane dzieło uwzględnia wyżej wspomniane wskazówki, podając jakie są najprostsze sposoby badania oka, co należy czynić, aby uniknąć licznych pomyłek ujemnie wpływających na stan oka. Nagłe wypadki zmuszają niekiedy młodego lekarza do dłuższego wertowania obszernych podręczników w poszukiwaniu celowych wskazówek, jednakowoż zazwyczaj zdarza się, iż nie znajdując tego, co jest mu w chwili danej potrzebne, zmuszony jest działać według własnego uznania. Świadomość ciążącej odpowiedzialności i zupełna bezradność jego najczęściej staje się powodem, że zniechęca się on do chorych ocznych, zaniedbując nadal poznanie gruntowniejsze tego działu medycyny. W wyniku tegoż zwiększają się tylko zastępy niewidomych, których stan w większej części jest jeno następstwem niestosownego i zapóźno przedsięwziętego leczenia.

Myślą przewodnią omawianej książki jest zamiar autora, polegający na udostępnieniu zasad okulistyki w działalności lekarza-praktyka, wciągając w ten sposób jego samego do czynnej walki, mającej na celu ochronę i zabezpieczenie największego skarbu człowieka, którym jest zdolność widzenia. Treściwy i jasny sposób ujęcia całego dzieła zasługuje na wyróżnienie i polecenie uwadze czytającego ogółu.

Dr. Szuniawski (Warszawa).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LIV, Nr. 38, z 18 września 1927: M. G a t t y-K o s t y a l: Oznaczanie wartości nalewki naparstnicowej i konwaljowej (dok.). — J. K r u s z y ń s k i: Rośliny czerwio i owadogubne. — Co należy wiedzieć o chorobach zakaźnych. — Nowa farmakologja holenderska (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVI, Nr. 8, z 15 sierpnia 1927: L. K o r c z y ń s k i: W sprawie specjalizacji polskich zdrojowisk solankowych, Rabka-Druskienniki.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVI, Nr. 9, z 1 września 1927: L. K o r c z y ń s k i: O naukowy, gospodarczy i kulturalny rozwój polskiego zdrojownictwa i polskich uzdrowisk. — Z. P e l c z a r: O leczeniu kąpielowem chorób serca i naczyń w Truskawcu.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy, rok XVI, Nr. 10, z 15 września 1927: Z. P e l c z a r: O leczeniu kąpielowem chorób serca i naczyń w Truskawcu (dok.). — L. K o r c z y ń s k i: O rodzimych i nierodzimych wodach leczniczych.

Dziecko i matka, rok II, Nr. 17, za wrzesień 1927: L. G e r l a c h o w a: Szczęśliwe dzieciństwo. — K. O s t a c h i e w i c z o w a: Przygotowanie dziecka do wiedzy ścisłej. — M. C z e s k a-M ą c z y ń s k a: Nim mały gość zawita. — Fr. Ks. C i e s z y ń s k i: Początki siadania. — M. G r z y w o-D ą b r o w s k a: O owocach i ich znaczeniu w odżywianiu dzieci.

Gruźlica, rok II, Nr. 4, z lipca 1927: W. M i k l a s z e w s k i: Rola szpitala w walce społecznej z gruźlicą w Polsce. — St. T u b i a s z: Przyczynek do epidemjologji gruźlicy wieku dziecięcego. W. K r u s z e w s k a: Znaczenie kliniczne odczynu Pirqueta.

Przyroda i technika, rok VI, zeszyt 7 z września 1927: A. K o ż d o ń: Trwałość wszechświata w świetle nowszych poglądów na istotę materji. — W. N e c h a y: Jeziora polodowcowe w Polsce.

Nowiny społeczno-lekarskie, rok I, zeszyt 12: St. Ś w i ą t e c k i: Jakich chcielibyśmy mieć kierowników Kas chorych. — L. S o k o ł o w s k i: Współpraca lekarzy i czynnika obywatelskiego w instytucjach ubezpieczeniowych na Zachodzie i u nas. — A. K r z y c z k o w s k i: „Konkurs", czy „Ogłoszenie o wakującej posadzie".

Dziecko i matka, rok II, Nr. 18 z r. 1927: C e l i n a H....a: W co się bawić? — L. G e r l a c h ó w n a: Wdzięczność i miłość dzieci ku rodzicom. — J.: Jak zająć dziewczynki w wieku przedszkolnym. — P. G l e i c h: Dziecko nerwowe, a lekarz. — H. K.: O braku apetytu u dzieci.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo niemieckie.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 28. 1927.

Prof. H. Zondek-H. Bansi (Berlin): *Hormony a środki nasenne.* Według zapatrywań autorów, środki nasenne posiadają własność zmniejszania przepuszczalności komórek przez co procesy przemiany materji ulegają zwolnieniu. Podobnie też hormony, a także i zaczyny mają utrudniony dostęp do tych komórek w takich warunkach.

B. Zondek i S. Aschheim (Berlin): *Jajo a hormon.* Rozstrząsają zagadnienie jaki zachodzi stosunek pomiędzy jajem a hormonem jajnikowym i sądzą, że nie zachodzi tutaj żadna zależność. Natomiast w pojęciu czynnościowem stanowią niejako *trias*, ale wraz z hormonem przedniej części przysadki, który wywiera na nie wpływ zwierzchniczy.

S. Aschheim-B. Zondek (Berlin): *Hormon przedniej części przysadki i jajnika w moczu ciężarnych.* W moczu ciężarnych wykazali obecność tych hormonów, których we warunkach prawidłowych się nie spotyka. Być może, że w przyszłości posłuży to odkrycie do rozpoznawania ciąży.

E. Hartmann (Breslau): *O istocie zaburzeń w krzepnieniu krwi przy ciężkim uszkodzeniu miąższu wątrobowego.* Wyjaśniają przyczynę tego ziawiska w ten sposób, że we krwi tych chorych znajduje się nadmiar ciał hamujących, opóźniających aktywizację praserozymu.

Prof. W. Winogradow-S. Steinberg: *Przypadek śmiertelnej hypoglikemji.* Dotyczył mężczyzny 25 letniego chorego na cukrzycę i leczonego insuliną w dużych dawkach. Przejście ze stanu komatycznego w stan hypoglykemji odbywał się tutaj bardzo szybko. W jednym z napadów hypoglykemji nastąpiło zejście śmiertelne, pomimo., że od pierwszej chwili podawano obficie cukier.

Nr. 29.

Prof. G. Rosenów: *Technika nakłucia tętnicy.* Używa do nakłucia tętnicy promieniowej w miejscu wyczuwania pulsu. Zabieg nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa i jest mniej przykry, aniżeli nakłucie żyły.

Dr. J. Bakucz (Debreen): *Nakłucie cysterny.* Przedstawia przypadki kliniczne, w których do ratowania życia dzieci używał nakłucia *cister. cerebello-medullaris* z równoczesnem wstrzyknieciem lobeliny. W przypadkach bezdechu, zatrzymania akcji serca i sinicy wyniki doskonałe i natychmiastowe. Zabieg jest prosty, niebezpieczeństwa nie przedstawia. U osób dorosłych również można go stosować. Zresztą zabieg ten ma znaczenie punkcji lędźwiowej.

Prof. E. Kreuter (Nürnberg): *O ludzkiej infekcji zarazkiem Bang'a.* Fakty te są stwierdzone. Zarazek ten jest przeważnie chorobotwórczy u bydła, sprowadzając ustawiczne poronienia. Opisuje przypadek weterynarza, który zakaził się tym zarazkiem. Ustawiczna gorączka, dochodząca do 40° C, a spadająca wśród potów, stanowiła jedyny objaw chorobowy, który wśród remisji ciągnął się miesiącami. Badanie bakterj. wykazało wysoką aglutynację zarazka Bang'a przez surowicę chorego. Sporządzono szczepionkę, po podaniu której nastąpiło całkowite wyleczenie.

L. Karczag (Budapeszt): *Chemoterapja raka myszy przez jady fermentacyjne.* Autor stosował duże, lecz jeszcze nie trujące dawki sinku potasu u myszy dotkniętych rakiem z wynikiem dobrym, jednakowoż małe dawki sinku zdają się sprowadzać pogorszenie, przez drażnienie procesu rozwojowego raka.

Z. Tomanek (Lwów).

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

1925, nr. 5.

F. Calot (Berck sur Mer): *Co każdy lekarz powinien wiedzieć o wznowieniu patologji stawu biodrowego dzięki pracom powojennym.* Część druga. Rozpoznanie wrodzonego nadwichnięcia biodra umożliwia dokładna anamneza wykazująca, że chory nieraz doznawał osłabienia albo zaburzeń czynnościowych w jednym, albo obydwu stawach biodrowych, a to albo zapóźno zaczął chodzić, albo prędko się męczył, albo miewał chwiejny chód lub doznawał bólów po dłuższem chodzeniu i t. p. Z klinicznych objawów rozpoznawanych należy podnieść podwyższony i wystający krętacz wielki, wyczuwanie z przodu powiększonej i przerosłej główki udowej, skrócenie kończyny od 1—3 cm, zwrócenie kolana na zewnątrz, siodełkowatą formę lędźwi albo lekkie zgięcie uda, ograniczone odwodzenie, chwiejny chód, a u dorosłych i starszych znaczne bóle przy chodzeniu promieniujące do kolana, wreszcie gwałtowne nieraz bóle nocne podobnie jak to bywa w ostrem zapaleniu stawu gośćcowem lub rzerzączkowem. Wreszcie ważny dla rozpoznania jest obraz radiologiczny wykazujący wiele charakterystycznych cech wrodzonego nadwichnięcia. Panewka o podwójnem wgłobieniu, nowa panewka obok starej, a główka udowa zgrubiała jak pięść. Częstokroć i drugie zdrowe biodro okazuje podobne wrodzone zmiany radjologiczne a cechy te już w młodym wieku dadzą się wykazać.

Jak już wspomniano wrodzone nadwichnięcie biodra przebiega długie lata utajone a należy tu zaliczyć wszystkie przypadki opisane przez Legga w Bostonie i Waldenstroma jako *coxa plana.* Taksamo odrzuca Calot zupełnie chorobę opisaną przez Perthesa w Tubindzie jako *osteochondritis*, gdyż są to wszystko tylko przypadki wrodzonego nadwichnięcia biodrowego. Zatem większą część patologicznych stawów biodrowych u dzieci i dorosłych stanowią wrodzone nadwichnięcia, dotychczas nie rozpoznawane, a których prawdziwą naturę wykazały dopiero prace powojenne.

Kohltabaszi (Tokio): *O jedniej nie opisanej jeszcze anomalji przedniej tętnicy mózgowej.* Dotychczas opisano już wiele anomalji tej tętnicy; autor widział wśród 78 zbadanych mózgów cztery razy (5·1%) nową anomalję, a mianowicie z lewej tętnicy wychodzi ta gałązka do prawej półkuli mózgowej. Jeśli w takim mózgu nastąpi zator w lewej tętnicy pomiędzy tętnicą wspólną a anormalną gałązką, to zmiękczenie mózgu nastąpi nietylko w lewej półkuli lecz także w prawej.

N. Kabanow (Moskwa): *Konstytucja prawidłowa i patologiczna.* Autor przyjmuje dwa główne typy konstytucyjne, a mianowicie typ zbiorowy ze skłonnością do gromadzenia materji oraz energji nerwowej i typ rozpadowy ze skłonnością do rozpadu materji i utraty energji nerwowej. Na tym podziale konstruuje wszelkie rozmaite konstytucje prawidłowe i chorobowe pierwszego i drugiego typu, oraz różne ich kombinacje. W konstytucji zbiorowej są silniej rozwinięte narządy trawienia, oddechania i krwiotwórcze, gruczoły przytarczyczne, część korowa nadnerczy, oraz część przednia przysadki mózgowej. Natomiast są mniej wytrzymałe narządy krążenia, nerki, skóra, wątroba, gruczoł tarczyczny, środkowa część nadnerczy, tylna część przysadki i gruczoły płciowe. W prawidłowej konstytucji rozpadowej czynności utraty górują nad czynnościami skupienia, toteż następstwem tego jest skłoność do szczuplenia. Silniejszemi narządami są tu narząd krążenia, skóra, nerki, wątroba, gruczoł tarczowy, wewnętrzna część nadnerczy, tylna część przysadki i narządy rozrodcze. Natomiast słabszymi są narządy trawienia, oddechania i krwiotwórcze, część korowa nadnerczy i przednia część przysadki.

Chorobowa konstytucja zbiorowa jest konstytucja artrytyczna, polegająca na silnym procesie przyswajania a bardzo słabym procesie rozpadu i utleniania. Mamy tu upośledzoną wymianę białka, tłuszczu i węglowodanów, zatem skłonność do dny i chronicznych reumatyzmów, do otłuszczenia, cukrzycy, kamicy nerkowej i żółciowej, obok tego skłonność do migreny, dychawicy, duszinicy i t. p. Z chorób nerwowych istnieje większa skłonność do histerji i psychoz naczyniowych. Natomiast istnieje mniejsza skłonność do gruźlicy płuc, większa natomiast do krwistości, rozedmy, stwardnienia tętnic, akromegalji, krwotoków, przeważa wysokie parcie krwi, wielkie serce, grube i szerokie tętnice i szeroka a krótka aorta, białkomocz, osady moczowe, dobrze rozwinięte mięśnie, grube kości i szerokie krótkie kończyny, dobrze rozwinięte żebra, krótka szyja i klatka piersiowa, szerokie barki, niski wzrost, wysoka waga i wyższa ciepłota ciała.

W konstytucji rozpadowej przeważają czynności rozpadowe materji i utraty energji, więc skłonność do szczuplenia, do niskiego napięcia narządów i tkanek. Z chorób nerwowych mamy tu większą skłonność do psychastenji niż do histerji, skłonność do schizofrenji (rozszczepienia umysłowego). Mamy tu skłonność do gruźlicy płuc, natomiast mniejszą skłonność do chorób serca i naczyń, nerek, wątroby i skóry. Istnieje też skłonność do niedokrewności, niski stan przepony, niskie parcie krwi, małe serce, wąskie tętnice i wąska, długa aorta, biała skóra, skłonność do opadnięcia trzew i narządów, wiotkie mięśnie, opadniecie łopatek, barków i żeber, wąskie barki i uda, wąskie kości i długie kończyny, cienkie żebra, długa, wąska szyja i klatka piersiowa, wysoki wzrost, niska waga i niska ciepłota ciała. Czyste typy konstytucyjne spotyka się oczywiście tylko bardzo rzadko, gdyż najczęściej mamy przed sobą różne kombinacje prawidłowych i patologicznych konstytucji, n. p. chory na gruźlicę może mieć odziedziczone cechy konstytucji artrytycznej, reumatyk odziedziczone cechy konstytucji rozpadowej. Konstytucje mają wielki wpływ na przebieg i wyjście chorób wogóle i chorób zakaźnych.

Le Duigou (Cherbourg): *Stosowanie injekcyj śródżylnych gonakriny w rzeżączce.* Autor stosował injekcje śródżylne gonakriny (po niemiecku akriflavin) w 15 przypadkach rzeżączki, bądź z równoczesnem leczeniem miejscowem bądź bez leczenia lokalne-

go. Przypadki te tyczyły rozmaitych okresów świeżej i chronicznej rzeżączki, razem zrobił on 200 wstrzykiwań. Trzynaście chorych zniosło wstrzykiwania bez jakiejkolwiek reakcji, u dwóch zaś wystąpiły ciężkie reakcje, a mianowicie w jednym przypadku wystąpił po każdym zastrzyku ciężki częstoskurcz z uczuciem trwogi, w drugim nastąpił prawdziwy przełom nitritoidowy z natychmiastowym wysoko czerwonym nawałem do twarzy i ogólnem zaczerwienieniem skóry, utrzymującem się 18—24 godzin. Toteż autor nawołuje do ostrożności w stosowaniu gonakriny, zanim się zdarzą przypadki śmiertelne.

J. Puterman (Sosnowiec): *Przypadek bradikardji z powodu zapalenia gruczołów limfatycznych w przebiegu influency.* Podczas przebiegu influency można spostrzec przyspieszenie lub zwolnienie ruchów serca (tachy- i bradycardia). Edelmann i kilka innych autorów uważają brodykardję za cechę czystej influency tj. spowodowanej tylko przez prątki Pfeifera i influencyjnego zapalenia płuc, a to tak dalece, że można przez to odróżnić influencyjne zapalenie płuc od zapalenia włóknikowego i grypowego, których cechą jest tachypnoea i tachycardia. Edelmann bowiem odróżnia influencę, wywołaną prątkami Pfeifera od grypy wywołanej przez inne mikroby. Autorowie ci twierdzą, że zwolnienie ruchów serca w influency spowodowane jest przez bezpośrednie działanie jadów influencyjnych bądź na mięsień sercowy bądź też na układ nerwowy. P. spostrzegał podczas ostatniej epidemji influency kilka przypadków tej choroby z zapaleniem gruczołów limfatycznych szyi i śródpiersia i opisuje dokładnie przypadek grypy u lekarza, gdzie w drugim tygodniu wystąpiło grypowe zapalenie płuc (w plwocinach pneumokoki Fraenkla), przytem duszność, bóle w śródpiersiu przy kaszlu i łykaniu i pod mostkiem, a wobec ciepłoty powyżej 39° tętno było zwolnione, wynosiło bowiem 58—60 na minutę. Nadto stwierdzono bolesne obrzmienie gruczołów limfatycznych szyjnych, nadobojczykowych i nadmostkowych. Po dwóch dniach ustąpił obrzęk gruczołów a z nim też ból pod mostkiem, duszność, ból przy kaszlu i połykaniu i równocześnie akcja serca wróciła do normy, pomimo, że gorączka tylko stopniowo ustępywała a rzężenia drobno i grubobańkowe utrzymywały się jeszcze przez kilka dni. Obrzęk gruczołów limfatycznych w grypie spostrzegano już kilkakrotnie, a śmierć z powodu influency zdarza się najczęściej, u osób z konstytucją grasiczno-limfatyczną, mało odporną na wszelkie zakażenia.

Dr. W. N. Krzyżanowski: *O biochemiźmie między zarazkiem błonicy i białkami ustroju zwierzęcego.* Prace biochemiczne o jadowitości *(virus), toksynach,* antytoksynach, oraz surowicach błoniczych i o reakcjach białkowych na komórki i hodowle prątków dyfterycznych wykonane w zakładzie bakterjologicznym w Ufie w Baszkirze w Z. S. S. R.

Dr. Fels (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH — ZJAZDY.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 1 marca 1927 r.

Przewodniczący: prof. Br. Sawicki.

I. Kol. Godlewski przedstawia *4 przypadki twardzieli* z kliniki laryngolog. U. W. o różnem natężeniu i różnem umiejscowieniu sprawy chorobowej. Po szczegółowem omówieniu cech różniczkowych twardzieli od innych spraw przewlekłych, kol. G. omawia sposoby leczenia stosow. w klinice (naśw. prom. R., tracheoskopja, niekiedy nawet tracheotomja). G. podkreśla, że naświetlanie należy zawsze stosować na cały górny odcinek dróg oddechowych, gdyż zazwyczaj jest on całkowicie zajęty przez zmiany twardzielowe, występujące niekiedy b. dyskretnie.

II. Kol. Jarkowski Jan wygłosił odczyt: *O obawach chorobowych i ich zwalczaniu.* Ustawanie fobji pod wpływem silnych wzruszeń, większa wybujałość cierpienia u ludzi zamożnych i bezczynnych, fakt, że wiele osób, mających wyraźną skłonność do fobji, niemniej pędzi życie czynne — oto względy, które stawiają przed lekarzem zadanie wciągnięcia chorego do życia normalnego pomimo cierpienia, przez co obawy chorobowe stają się mniej dokuczliwe, ewent. nawet całkiem znikają. Cel ten zdaniem prelegenta, można osiągnąć przez tłomaczenie choremu jego błędnej oceny wrażeń, zmuszanie go do znoszenia lęku bez uciekania się do czynności obronnych, wreszcie przez zwalczanie jego egocentryzmu i wzmaganie zainteresowania życiem wewnętrznem.

W dyskusji 1) kol. Bornstejn wyraża pewne zastrzeżenia co do sposobów powstawania fobji skreślonych przez prelegenta, w kwestji zaś leczenia uważa, że sugestja może dać zaledwie chwilową poprawę, jednakże jądra spraw nie usunie. Jedyną racjonalną drogą ku temu wiodącą jest zdaniem kol. B. metodyczne posiłkowanie się psychoanalizą (teorja Freunda).

2) Kol. Pręgowski jest zdania że zarówno jedna metoda (stosowanie sugestji) jak i druga (Freudyzmu) może być dobra w zależności od natężenia danego stanu chorobowego. W cięższych przypadkach, według P., metoda suggestji może nie byłaby tak skuteczną, jak Freudyzm.

3) Kol. Skłodowski podkreśla, że b. podobnego poglądu, jaki usłyszano z ust prelegenta, bronił wytrwale niezapomniany Teodor Dunin, wprawdzie nie psychiatra i nie neurolog, lecz doskonały obserwator i wzorowy lekarz. Głos w *dyskusji* zabierali jeszcze kol. Trzciński i kol. prelegent.

Posiedzenie kliniczne w dn. 15 marca 1927 r.

Przewodniczący: prof. Br. Sawicki.

I. Kol. Kazim. Zieliński demonstruje dwa duże kamienie żółciowe (wagi 12,8 g i 12 g), pochodzące od chorej Mal. l. 55., które wywołały *zaciśnięcie światła kiszek cienkich* powyżej Bauhina, doprowadzając do zejścia śmiertelnego, pomimo szczęśliwie dokonanej operacji. Kamienie te znalazły się w kiszce cienkiej po wytworzeniu otworu w pęcherzyku żółc. i dwunastnicy. Trzeci kamień (mniejszy nieco) utorował sobie drogę wprost do wątroby, gdzie go znaleziono w ograniczonym ropniu. Charakterystyczne, że chora, wieloródka, nigdy dłuższej kuracji nie przechodziła, nigdy żółtaczki nie miała i tylko okresowo cierpiała na objawy kolki wątrobowej.

Kol. Zawadzki Al., który chorą tę operował, podaje garść szczegółów z okresu przed i pooperacyjnego. Zdaniem mówcy nawet w tych przypadkach kamicy, które nie dają widocznie ciężkich objawów, operacja wczesna jest wskazana.

II. A. Landau i M. Fejgin: *O zatruciu sublimatem i sublimatowem zapaleniu nerek.* W przebiegu ciężkich przypadków ostrego zatrucia sublimatem można wyodrębnić 4 okresy: 1) (wstępny) — od chwili zatrucia do wystąpienia bezmoczu, przy objawach podrażnienia śluzówki jamy ustnej, przełyku i żołądka, 2) okres bezmoczu, trwający od 1—7 dni, 3) okres względnej poprawy (wznowienie diurezy), 4) okres toksycznego rozpadu białka ustrojowego. W tym okresie stwierdza się gwałtowny wzrost azocicy i wydajność azotu niebiałkowego w moczu, pomimo ściśle bezbiałkowej diety, znaczne pogorszenie stanu ogólnego, przy wysokim naogół poziomie diurezy i objawach znacznego uszkodzenia czynności nerek. Okres 4-ty jest krytyczny dla całej sprawy i w przypadkach pomyślnych następuje po nim okres 5-ty ostatecznej poprawy. Stosowanie dużych dawek bizmutu doustnie daje wyniki stos. pomyślne. Tą drogą zapobiega się wytwarzaniu wrzodziejących powierzchni na śluzówce jelita grubego i związanych z tem różnorodnych następstw (biegunki zakażenia wtórne), które niewątpliwie przyczyniają się do pogorszenia rokowania w tych przypadkach.

W dyskusji: 1) Kol. Mutermilch Stan. stawia pod znakiem zapytania pogląd prelegentów co do wzmożonego rozpadu toksycznego białka ustrojowego w późniejszych okresach zatrucia sublimatem. Zdaniem M. należałoby się w tym wypadku spodziewać wskutek zwiększonego wytwarzania kwasów aminowych zmienionego stosunku azotu mocznika do azotu całkowitego krwi; tymczasem stosunek ten (zgodnie z bad. autorów francuskich) jest taki sam jak w zwykłych mocznicach azotemicznych. Spadek wagi ciała w późniejszym okresie należy tłomaczyć wydalaniem wody z moczem, zatrzymywanej w ustroju w okresie bezmoczu.

2) Kol. Skłodowski uważa podział na okresy, proponowany przez prelegentów, za zbyt schematyczny. Nie wszystkie przypadki zatruć sublimatem dałyby się do niego przykroić. W kwestji rozpadu białka S. jest zdania, że rozpoczyna się ono od samego początku zatrucia, nie charakteryzując wyłącznie tylko jednego okresu.

3) Kol. Gluziński uważa, że duże dawki Bi nie są dla organizmu rzeczą obojętną, na co w swoim czasie zwrócił uwagę Popielski, robiąc odnośne doświadczenia na zwierzętach.

4) Kol. Zieliński Kazim. nie podziela obaw przedmówcy co do możliwości zatrucia podawaniem preparatów Bi, który w kiszkach pod wpływem H_2S przechodzi w nierozpuszczalny związek, nie dający żadnych objawów zatrucia.

Głos zabierali jeszcze kol. Kopczyński St., Cytronberg, Filiński i w odpowiedzi kol. prelegent.

A. Kaczyński, zastępca sekret. dor.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół z posiedzenia naukowego w dn. 18. II. 1927.

Przewodniczący Prof. Dr. Latkowski.

Obecnych 40 członków i gości.

Prezes prof. Latkowski wita gościa prof. Turchini'ego.

Prof. Turchini wygłasza odczyt p. t.: *„O zjawiskach fluorescencji w zastosowaniu do nauk biologicznych"* (w języku francuskim).

W dyskusji zabierają głos prof. Klecki i prof. Kostanecki.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 23. II. 1927.

Przewodniczący Prof. Dr. Latkowski.

Obecnych 40 członków.

Kol. Szczeklik przedstawia chorego *z rozstrzenią oskrzeli prawostronną* leczonego w II Klinice wewnętrznej z dobrym skutkiem odmą sztuczną. Tłem w tym przypadku było zachłyśnięcie się przez chorego chrząstką w czasie jedzenia, która to chrząstka wpadła następnie choremu do tchawicy i oskrzela prawego dolnego płatu płucnego.

Kol. Michalik wygłasza odczyt p. t.: *„Samolot na usługach medycyny"*.

Jednym z najważniejszych zagadnień doby dzisiejszej jest żegluga powietrzna, z powodu ciągłego postępu i szerokiego zastosowania tejże. Z pośród licznych dziedzin, przedewszystkiem medycyna może się poszczycić świetnymi wynikami z użycia samolotu, jako środka transportowego służby zdrowia. Transport stanowił zawsze największą trudność w leczeniu rannych i chorych. Wystarczy przytoczyć to, co pisał jeszcze w r. 1790 lekarz Jourdan Lecomte, o ważności transportu rannych i chorych dla ich uzdrowienia: „Jeżeliby można ocenić ilość ludzi, dla których zwłoka pół godziny stanowiła o życiu, staranoby się jak najsilniej o niesienie pomocy wydatniejszej i szybszej tym specjalnie, którzy pozostają na polu bitwy. Żelazo i ogień nieprzyjaciół kosi już dosyć istnień ludzkich, nie trzeba powiększać jeszcze strat przez zaniedbanie godne wieków barbarzyńskich". Ten najtrudniejszy problem transportu rozwiązał samolot, jako jedyny doskonały środek transportowy, przenosząc szybko, wygodnie, oszczędzając cierpień i ratując życie ludzkie. Samolot sanitarny ma za zadanie spełnić najważniejszy akt przedwstępny do zabiegu chirurgicznego lub leczniczego, na czas dostarczyć rannego lub chorego, czas bowiem decyduje w większości wypadków o pomyślnem rokowaniu przed zabiegiem lub leczeniem. W tej ważnej dziedzinie medycyny, użyteczność samolotu jest świetna co do wyników osiągniętych, w porównaniu z innemi środkami transportowemi. Pozatem samolot sanitarny może szybko przewozić lekarzy, personal pomocniczy, środki opatrunkowe, lecznicze, szczepionki, surowice i treść do badań, gdyby tego zaszła konieczność. Zastosowanie samolotu dla transportu rannych nastąpiło w czasie wojny światowej w r. 1917 we Francji a następnie na szeroką skalę w Marokku. Od tego czasu stał się samolot najdoskonalszym środkiem transportowym na usługach medycyny, ze względów następujących: 1) samolot jest najszybszym, 2) samolot jest łagodny, ciężko ranni i chorzy znakomicie znoszą ten rodzaj transportu, 3) samolot jest pewny w swym locie, gdyż nie musi się liczyć z przeszkodami terenu, 4) samolot jest bezpieczny, skoro na trzy tysiące przewiezień we Francji do r. 1925 nie było żadnego wypadku śmiertelnego. W zaprowadzeniu samolotów sanitarnych koszta nie powinny odgrywać roli, skoro nie ulega dyskusji konieczność posiadania samolotów i doświadczonych pilotów w czasie pokojowym dla bezpieczeństwa państwa, to lotnictwo sanitarne jest najlepszym zastosowaniem samolotów w czasie pokojowym. Współpraca żeglugi powietrznej z medycyną datuje się od doktora med. Pilat de Rozier, który jako pierwsza ofiara francuska powietrza spada ze statkiem powietrznym, starając się przelecieć kanał La Manche. W r. 1893 prof. Dr. md. Charles Richet pracuje nad realizacją maszyn latających. W r. 1910 od czasów niezwykłych czynów Bleriota, generał holenderski de Mooy myśli nad zużytkowaniem statków powietrznych i samolotów dla transportu rannych z pola bitwy. W r. 1912 dr. Duchaussoy de Nice przedkłada projekt samolotu sanitarnego. Podczas wielkich manewrów tego roku, samolot po raz pierwszy został oddany do dyspozycji służby zdrowia przez lekarza Reymond pilota, który ginie jako bohater w pierwszych miesiącach wojny w walce powietrznej z nieprzyjacielem. W r. 1914 w czasie odwrotu z Serbji kpt. Dangelzer i por. Paulhan przewożą na samolotach bojowych 12 ciężko rannych towarzyszy ratując im życie. W r. 1917 major rez. lekarz Chassaing realizuje pierwszy samolot sanitarny i mimo przeszkód wprowadza lotnictwo sanitarne na terytorjum praktyczne. Te samoloty dr. Chassaing początkowo przerobione z aparatów typu Dorand, całkiem prymitywnie urządzone z noszami wkładanymi od góry do samolotu, zostały następnie zastąpione w r. 1921 w Marokku przez specjalnie urządzone samoloty typu Breguet z pomieszczeniem na dwie osoby leżące i jedną siedzącą z ogrzewaniem elektrycznem i apteczką. W r. 1921 przewieziono w Marokku i Lewancie drogą powietrzną 700 rannych i chorych, w r. 1922 przewieziono 500 osób, w r. 1923 przeszło 1200 osób. W tym roku podczas pewnych walk udało mi się w jednym dniu ewakuować 200 rannych, którzy zostali rozmieszczeni w szpitalach za frontem na przestrzeni od 80—450 km w czasie 1—3 godz. lotu i prawie równocześnie zaopatrzeni. W samej Francji od r. 1922 służba zdrowia przewozi chorych drogą powietrza a od r. 1925 wprowadzono lotnictwo sanitarne do użytku ogólnego tworząc t. zw. sektory lotnicze przy ośrodkach chirurgicznych: w Paryżu, Tours, Bordeaux, Lyonie, Nancy. Oceniają we Francji, że lotnictwo sanitarne pozwoliło ocalić ²/₃ ogólnej cyfry ewakuowanych, t. zn. na 3000 przewiezień ocaliło się 2000 istnień ludzkich. W Anglji pierwsze samoloty sanitarne zostały zbudowane w r. 1920 na cztery nosze, po licznych próbach od r. 1922 i 23 samoloty te stale używane są do tarnsportu chorych w kolonjach. Do użytku sanitarnego wprowadzono również tamże samoloty transportowe o dużej pojemności umożliwiające przewożenie kilkunastu chorych naraz. Bez szkody dla zdrowia możemy przewozić samolotem sanitarnym chorych z ranami czaszki, klatki piersiowej, brzucha, durowych, gruźlików z krwiopluciem i chorych na zapalenie płuc. Podstawową zasadą sprawności lotnictwa sanitarnego jest dobra łączność i pierwszeństwo w uzyskaniu środków łączności, zakładanie lotnisk w pobliżu szpitali, odpowiednie przystosowanie samochodów pasażerskich dla odwożenia rannych na lotnisko. Celowość lotnictwa sanitarnego w czasie wojny: daje najszybszą ewakuację, możność równoczesnego operowania rannych w kilku szpitalach, odciążenie kolumn transportowych, wpływ dodatni na stan moralny walczących, możliwość szybkiego przewożenia lekarzy, personalu, wszelkich środków leczniczych. W czasie pokojowym możność udzielania najszybszej pomocy lekarskiej, zapobiega brakowi szpitali w mniejszych miejscowościach, ma w rezerwie na wypadek wojny zastęp wyszkolonych pilotów. W Polsce istnieje od r. 1923 komitet lotnictwa sanitarnego i pierwsze zawiązki wojskowej lotniczej służby zdrowia, obejmującej na razie miejscowości: Warszawę, Lwów i Wilno. Stopniowo ma być zaprowadzoną we wszystkich województwach zarówno dla wojska jak i ludności cywilnej państwa. Oceniając wielką doniosłość tej akcji dla naszego kraju, winniśmy dziś zmobilizować wszystkie siły celem jak najszybszego uruchomienia i postawienia na należytym poziomie lotnictwa sanitarnego. Do osiągnięcia pomyślnego rezultatu konieczna jest współpraca w następujących kierunkach: budowanie samolotów sanitarnych, pozwalających na łatwe prowadzenie, wznoszenie się i lądowanie, wprowadzenie samolotów sanitarnych do powszechnego użytku przy pomocy państwa i Ligi obrony powietrznej państwa, rozbudowa lotnisk w pobliżu szpitali, organizacja lotniczej służby zdrowia po miastach na wzór pogotowia ratunkowego i straży pożarnych, dobór należyty personalu lotniczego, zaopatrzenie samolotów we wszelkie wygody i środki bezpieczeństwa oraz aparaty radjo nadawczo-odbiorcze. W pracy tej winna przyświecać myśl, że samolot to świetny i jedyny w przyszłości najszybszy środek transportowy dla celów sanitarnych, spełnia wielki cel humanitarny, niosąc ulgę w cierpieniu i ratując życie ludzkie.

Protokół z posiedzenia naukowego w dniu 2. III. 1927.

Przewodniczący Prof. Dr. Latkowski.

Obecnych 50 członków.

Prezes prof. Latkowski poświęca wspomnienie pośmiertne ś. p. Zagórskiemu.

Kol. prof. Majewski przedstawia przypadek *z wrodzonym brakiem tęczówki u noworodka* (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Spira (jun.) przedstawia przypadki z oddziału otolaryng. szpit. Izrael.:

1) przypadek brodawczaków krtani u dziecka 4-letniego, wyleczonego przez operacyjne usunięcie brodawczaków z następowem naświetlaniem promieniami Roentgena.

2) Kość wydobytą z przełyku żony lekarza, kość była wklinowana w ścianę przełyku.

3) Ość wydobytą z krtani u dziecka 10-cio miesięcznego. Ość leżała w krtani przez 6 dni nie wywołując prawie żadnych objawów, tak, że zawezwany lekarz wykluczał możliwość ciała obcego. Dopiero 7-go dnia wystąpiła silna duszność, co skłoniło lekarza do skierowania chorego dziecka do specjalisty. Natychmiastowa tracheotomja, poczem wydobyto ciało obce. W miejscu, gdzie leżała ość wytworzyło się owrzodzenie z następową blizną. Blizna zaciska światło, wobec czego obecnie nie można dekaniulować i trzeba systematycznie rozszerzać otwór.

W dyskusji kol. Osiński podaje sposób leczenia rentgenologicznego w tym przypadku.

Kol. Rubinstein pokazuje przypadek *keratosis pilaris*. *W dyskusji* zabiera głos kol. Rubinsteinówna.

Kol. Rost gość wygłasza odczyt p. t.: *„O odmie czaszkowej"* (rzecz przeznaczona do druku).

Sekretarz *E. Szczeklik*.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

VI. Posiedzenie naukowe w dniu 4 marca 1927.

Przewodniczy: kol. Ziembicki. Obecnych: 61.

Otwierając posiedzenie podnosi przewodniczący w dłuższem przemówieniu zasługi obywatelskie i naukowe byłego członka T-wa śp. Romana Zagórskiego, dyrektora Zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie. Zebrani przez powstanie uczcili pamięć zmarłego Kolegi.

I. Kol. Limanowski (kl. neur.) przedstawia anatomiczny preparat mózgu z *gruźliczem zajęciem mostu Warola*, pochodzący z sekcji przypadku przedstawionego na jednem z poprzednich posiedzeń.

II. Kol. Falkiewicz T. (kl. neur.) przedstawia przypadek *choroby Wilsona* oraz drugi przypadek przewlekłego nagminnego zapalenia mózgu, w którym oprócz parkinsonizmu występują ruchy pozapiramidowe o typie Wilsonowskich i o typie dystonji lordotycznej.

III. Kol. Janik przedstawia a) chorą, u której usunięto operacyjnie dodatkowy *wól pozamostkowy;*

b) chorego z *rozległym rakiem krtani* przechodzącym na przełyk, u którego wykonano całkowite usunięcie krtani.

W dyskusji: Kol. Schramm odnośnie do pierwszego przypadku podkreśla ciężki stan chorej w chwili przybycia na klinikę. Po przecięciu mostka odrazu zmniejszyły się gwałtowne objawy duszności.

Kol. Hilarowicz przedstawia sposób znieczulenia splotu szyjnego, który zastosowano w przypadku pierwszym. Zmodyfikowana przez kol. Hilarowicza technika znieczulania, podana przez Brauna, zabezpiecza przed uszkodzeniem tętnicy kręgowej lub rdzenia.

Kol. Ostrowski zauważa, że prostem zabezpieczeniem przed uszkodzeniem tętnicy kręgowej jest pociąganie do strzykawki.

Kol. Dobrzański stwierdza, że miał sposobność badać chorego przed operacją laryngoskopijnie i stwierdził rozległość nowotworu przechodzącego na górny odcinek przełyku i tylną ścianę gardła. Nie ulega wątpliwości, że najradykalniejszym sposobem leczenia raka krtani jest całkowite wycięcie krtani. Jeśli jednak pamiętamy o tem, że krtań jest narządem mowy i z tego powodu wycięcie krtani sprowadza kalectwo t. j. pozbawienie mowy, na co wielu chorych nie chce się zgodzić i z tego powodu odmawia zabiegu. Dlatego ostatnio autorowie francuscy (Hautant i Portmann) czynią próby, by kombinować leczenie operacyjne (wycięcie chrząstki tarczykowej i nacieku) i następowe naświetlania promieniami X uzyskać wyleczenie raka, a równocześnie utrzymać w miejscu krtani z jej resztą rurę, która jest zdolna do spełniania jej czynności. Mówca obserwował w ten sposób leczone przypadki w Paryżu i ostatnio sam tym sposobem jeden operował.

IV. Kol. Ostrowski Tadeusz przedstawia preparat nerki, operacyjnie usuniętej, w której stwierdza się kamień dużych rozmiarów, wagi 820 g. Mimo, iż miąższ nerki stanowi cienki worek otaczający kamień, próba czynnościowa z indygokarminem wykazała wydzielanie się jego po 15 min. Objawów klinicznych kamicy nie było.

V. Kol. Lipiński przedstawia przypadek *posocznicy meningokokowej*, postać durowa (Ogłoszone w P. G. L.).

W dyskusji Kol. Grek podnosi, iż w opisanych przez niego 3 przypadkach posocznicy meningokokowej, w 2-óch stosowano ze skutkiem surowicę meningokokową. Trzeci przypadek nie oddziaływał na surowicę, podano więc merkurochrom i urotropinę.

VI. Kol. Dobrzański (Kl. oto-lar.) przedstawia 1) *bardzo rzadki przypadek brodawczaka twardego nosa (papilloma durum nasi)* u mężczyzny lat 30. o wielkich rozmiarach i szybkim niszczącym rozroście. Powstaje on zazwyczaj na tle przewlekłych schorzeń zapalnych (jak ozaena, kiła, w tym przypadku najprawdopodobniej twardziel). Wówczas nabłonek migawkowy przemienia się w wielowarstwowy płaski, z którego może się rozwinąć brodawczak. Prelegent opisuje długie i skomplikowane leczenie, tutaj zastosowane.

2) Przypadek przewlekłego *ropienia ucha* środkowego lewego i zapalenia wyrostka sutkowego powikłanego wytworzeniem się ropnia na szyi po tej samej stronie w miejscu gruczołu tarczykowego. W przypadku tym w przebiegu przewlekłego ropienia, perlaka i zapalenia wyrostka sutkowego przyszło do wytworzenia ropnego zakrzepu w zatoce żylnej i powstania ropnia opadowego wzdłuż całej lewej połowy szyi i samoistnej obliterancji żyły szyjnej. Po zabiegu operacyjnym wyzdrowienie całkowite wystąpiło w ciągu 4—5 tygodni, mimo ciężkiego stanu posocznicowego chorej przed operacją.

VII. Posiedzenie naukowe w dniu 11 marca 1927.

Przewodniczy: Kol. Ziembicki. Obecnych: 68.

Otwierając posiedzenie przewodniczący wita gościa, kol. Zeitnera z Francensbadu.

I. Przewodniczący zawiadamia o rezygnacji kol. Bocheńskiego z godności wiceprezesa, poczem w jego miejsce wybrano jednogłośnie kol. Gąsiorowskiego.

II. Kol. Węgrzynowski przedstawia chorego, lat 37 który przed 5 laty przebył zapalenie opłucny; następnie wystąpiło zajęcie szczytu lewego. Założono odmę bezskutecznie. Prof. Deub. przystąpił więc do torakoplastyki Sauerbrucha. W dwóch aktach usunięto 12 żeber po stronie lewej z tyłu. Operacja ta dała małą poprawę, temperatury nadal dochodziły do 38°. Przystąpiono do usunięcia przednich części żeber w dwóch aktach. Zamierzone uciśnięcie kawerny plombą parafinową nie udało się. Mimo to jednak chory po ostatniej operacji. czuje się znacznie lepiej. Ilość plwociny z 200 ccm zmniejszyła się do 76 ccm. *Phtisis declarata. progress. ac.* doprowadzona została do *stationaris*.

W dyskusji Kol. Ostrowski T. podnosi, iż stosował ten zabieg w około 20 przypadkach. Przy jałowych wynikach gruźliczych, po aspiracji ropy, usuwano 6 dolnych żeber i zakładano opatrunek uciskający. Wysięk nie odnawiał się. Obecnie Kol. Ostrowski poprzedza zabieg wyrwaniem nerwu przeponowego, a następnie usuwa 6 dolnych żeber na przestrzeni 15 cm, wreszcie w trzecim akcie usuwa resztę górnych żeber. Bezpośrednie wyniki torakoplastyki są dobre. Bezwzględnie jednak nie są zadawalające. W okresach wczesnych widoki zabiegu są lepsze.

Grabowski sekretarz.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Wieczór Seminaryjny z dnia 23. marca 1927 r.

Kol. Frenkiel Bronisław. *Choroby nerwowe i umysłowe, jako wskazania do przerwania ciąży.*

Te same toksyny, które powodują schorzenia nerek, mogą wywołać w czasie ciąży u ciężarnej — choroby układu nerwowego. Pochodzenie toksyn i sposób ich działania nie jest ustalony. Zależnie od części układu nerwowego, które są przez czynniki patogenicznie uszkodzone, powstają różne jednostki chorobowe: *polineuritis, myelitis, chorea.*

Cierpienia te mogą przedstawiać niebezpieczeństwo dla życia ciężarnej i stanowić wskazanie do przerwania ciąży. Zwłaszcza dotyczy to pląsawicy, gdzie podniesiona ciepłota i zaburzenia oddechania i łykania stanowią bezwzględne wskazanie do przerwania ciąży.

Inne cierpienia organiczne *(sclerosis multiplex, lues cerebr. spinal.)* mogą w czasie ciąży ulec pogorszeniu, rzadko jednak z tego powodu ciąża musi być przerwana. Mechanizm porodowy działa automatycznie nawet przy daleko posuniętych uszkodzeniach rdzenia. Cierpienia organiczne układu nerwowego, związane z ciążą pochodzenia nietoksycznego (rwa kulszowa, porażenia połowiczne) nie stanowią wskazania do przerwania ciąży. Jako nerwicę ruchową układu współczulnego należy uważać *hyperemesis gravidarum*, cierpienie doprowadzające często do bardzo poważnych zaburzeń. Jeżeli więc z uporczywemi wymiotami występuje ubytek wagi, białkomocz lub cylindruria, przyśpieszenie tętna i psycho-ruchowy niepokój — należy bezwzględnie przerwać ciążę.

W każdej ciąży ulega zakłóceniu czynność układu gruczołów wewnętrznego wydzielania; na tem tle powstają takie cierpienia, jak osteomalacja, tetania, myasthenie. W ciąży ulega zakłóceniu czynność gruczołu tarczowego, czasem powstaje wól albo choroba Basedowa. Istniejąca choroba Basedowa może ulec w ciąży pogorszeniu. Znane są jednak przypadki odwrotne. Tylko spostrzeganie stałego postępu choroby Basedowa, lub stwierdzenie stałego pogarszania się zespołu Basedowa w następujących po sobie ciążach może powodować przerwanie ciąży.

Wpływ ciąży na padaczkę nie jest dostatecznie jasny. Połowa przypadków epilepsji w ciąży ulega pogorszeniu, są jednakże przypadki odwrotne, — poprawy. Wskazaniem do przerwania ciąży jest status epileptyczny. Stałe pogarszanie się cierpienia w kilku porodach może być również wskazaniem do przerwania ciąży. Epileptyczka może urodzić dziecko normalne; wzgląd na potomstwo nie powinien stanowić wskazania do przerwania ciąży chyba tylko wtedy, jeśli dana matka urodziła już kilkoro cho-

rych dzieci, lub jeśli stwierdzone jest obustronne wstępujące obarczenie dziedziczne.

Stosunek psychoz do ciąży jest różnoraki. Umysłowo chora (*dementia precox*) może zajść w ciążę. Jej umysłowa choroba jako taka nie może być wskazaniem do przerwania ciąży. W ciąży może nastąpić recydywa już poprzednio istniejącego cierpienia (psychoza maniakalno-depresyjna) lub nawet po raz pierwszy się ujawnić. I te formy nie stanowią wskazania do przerwania ciąży. Psychozy występujące w związku z mocznicą, rzucawką, pląsawicą są bezwzględnem wskazaniem przerwania ciąży. Wreszcie zespół psychotyczny Friedmana (zaduma z układem urojeniowym, treścią którego jest ciąża, poród) można uważać za wskazanie do przerwania ciąży. Kilkakrotnie występujące nawroty psychozy w ciąży są również wskazaniem do przerwania ciąży. Na pytania, zadane przez Kolegów Sterlinga, Klozenberga, Kryska i Tenenbauma, Prelegent odpowiada: „pląsawica jest chorobą zakaźną (najprawdopodobniej)"; należy sprawę rozumieć tak, że podczas ciąży toksyny atakują już poprzednio przez infekcję zaatakowany i osłabiony układ pozapiramidowo-móżdżkowy. (Buist wskazał że na 226 choreatyczek w ciąży w 45 przypadkach stwierdzić można było ostre zapalenie stawów). Związek choroby Basedowa z *hyperemesis gravidarum* nie jest mi znany; *hyperemesis gravidarum* jest raczej przedrażnieniem układu wagalnego: *hyperemesis gravidarum* nie można uznać za postać mocznicy. Jest to jednostka chorobowa samodzielna, jednakże istotnie dalej posunięte przypadki dają obraz ogólnego zatrucia, tak jak mocznica; psychozy uremiczne istnieją, ale są to, jak wszystkie psychozy w ciąży, albo zespoły schizoidalne, albo manjakalno-depresyjne. *Status epilepticus* stanowi wskazanie do przerwania ciąży ze względu na życie matki; ze wskazaniem do przerwania w padaczce należy być bardzo ostrożnym, tylko stwierdzenie stale i stopniowo występującego pogorszenia może być miarodajne.

II. Kol. L. Rozenberg wygłasza odczyt z cyklu: *„Lues visceralis, Układ krążenia"*.

Sekretarz (—) *Rueger*.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. O wykonywaniu praktyki dentystycznej. (Dziennik Ustaw nr. 54. z dnia 18. czerwca 1927 poz. 476). Na zasadzie art. 44. ust. 6. Konstytucji i ustawy z dnia 2. sierpnia 1926. r. o upoważnieniu Prezydenta Rzeczypospolitej do wydawania rozporządzeń z mocą ustawy (Dz. U. R. P. nr. 78, poz. 443) postanawiam co następuje: I. Praktyka lekarsko-dentystyczna. Art. 1. Praktyką lekarsko-dentystyczną, polegającą na wykonywaniu wszelkich zabiegów lekarsko- i techniczno-dentystycznych, mogą się zajmować osoby, które: 1. są obywatelami Państwa Polskiego, 2. a) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany przez jeden z polskich uniwersytetów państwowych, lub b) dyplom lekarsko-dentystyczny, wydany lub uznany przez Państwowy Instytut Dentystyczny, 3. odbyły jednoroczną praktykę przygotowawczą w czasie trwania studjów lub po ich ukończeniu. Warunki odbywania praktyki przygotowawczej, wskazanej w p. 3. artykułu niniejszego, określi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych w porozumieniu z Ministerm Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Do chwili wydania tego rozporządzenia osoby, odpowiadające warunkom, zawartym w p. 1. i 2. niniejszego artykułu, zwolnione są od obowiązku odbycia praktyki przygotowawczej. Art. 2. Poza osobami, uprawnionemi w myśl art. 1, mogą zajmować się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej, o ile odpowiadają warunkowi, przewidzianemu w p. 1. art. 1, osoby następujące: 1. osoby, posiadające dyplomy lekarskie, wyszczególnione w punktach 1, 2, 3, 4 art. 2. ustawy z dnia 2. grudnia 1921 r. w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem (Dz. U. R. P. nr. 105, poz. 762); 2. lekarze-dentyści, którzy posiadają dyplomy, wydane przez uniwersytety b. Cesarstwa Rosyjskiego przed dniem 27. listopada 1917 r.; 3 lekarze-dentyści, którzy uzyskali aprobatę, uprawniającą do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Niemieckiem przed dniem 27. grudnia 1918 r.; 4. osoby, które na podstawie aprobaty, uzyskanej w Państwie niemieckiem, wykonywały praktykę lekarsko-dentystyczną przynajmniej od 1. stycznia 1922 r. do dnia 15. czerwca 1922 r. na obszarze górnośląskiej części województwa śląskiego; 5. osoby, posiadające aprobatę na stopień lekarza-dentysty, wydaną przez komisję egzaminacyjną na lekarzy dentystów w b. Generał-Gubernatorstwie Warszawskiem w latach: 1916, 1917 i 1918; 6. osoby, posiadające świadectwa z ukończenia szkół lekarsko-dentystycznych znajdujących się na obszarze b. Cesarstwa Rosyjskiego, o ile zgłoszą swoje uprawnienia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych w terminie 4-miesięcznym od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia i złożą najpóźniej w ciągu dwóch lat od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia egzamin na lekarzy-dentystów przed właściwemi komisjami uniwersyteckiemi, w zakresie ustalonym dotychczas obowiązującemi przepisami; 7. dentyści, posiadający dyplomy uniwersytetów b. Cesarstwa Rosyjskiego, Wojennej Akademji Lekarskiej w Petersburgu i Żeńskiego Instytutu Medycznego w Petersburgu, wydane przed dniem 27. listopada 1917. Art. 3. Minister Spraw Wewnętrznych może przyznać prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem na określony przeciąg czasu osobom, które: a) powołane zostały przez władze państwowe z zagranicy jako profesorowie wyższych szkół państwowych, względnie nie mają warunków określonych w art. 1. względnie w art. 2. niniejszego rozporządzenia, posiadają jednak uprawnienie do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, — a to na czas, przez jaki pozostają na swych stanowiskach uniwersyteckich, względnie w Państwowym Instytucie Dentystycznym w Warszawie; b) nie są w możności niezwłocznie wykazać dowodnie, że posiadają wymagane w art. 1. względnie 2. warunki, lub nie odpowiadają jeszcze warunkom, w art. 1. p. 1. i 3. wymienionym, poczyniły jednak u władz odpowiednich starania, potrzebne celem usunięcia braków, — z warunkiem dopełnienia tych braków w terminie, który ustali rozporządzenie wykonawcze; c) przez zamążpójście za cudzoziemców utraciły warunki, wymagane art. 1. p. 1, o ile przed zamążpójściem zajmowały się wykonywaniem praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem, — z zastrzeżeniem prawa wzajemności. Art. 4. Osobom, które posiadają prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w myśl art. 1, 2 i 3 rozporządzenia niniejszego, służy prawo do używania tytułu „lekarza-dentysty". Art. 5. W razie wojny, w braku dostatecznej liczby lekarzy-dentystów, obowiązanych do służby wojskowej, powołanych na podstawie świadczeń oraz dobrowolnych ogłoszeń, Minister Spraw Wewnętrznych może w porozumieniu z Ministrem Spraw Wojskowych dopuścić do pełnienia praktyki lekarsko-dentystycznej w wojskowych przychodniach dentystycznych, jednak bez prawa wykonywania praktyki prywatnej, osoby, nie będące obywatelami Państwa Polskiego, a posiadające prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w innych państwach, na mocy tamże otrzymanych względnie uznanych dyplomów. Art. 6. Przed rozpoczęciem wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej lekarze-dentyści, posiadający warunki określone w art. 1. obowiązani są zarejestrować się u władzy administracyjnej I. instancji, składając dowody uprawnień. Osoby, pragnące korzystać z uprawnień, przysługujących im na podstawie art. 2. niniejszego rozporządzenia, winny zarejestrować się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, które zarejestrowanym wydaje zaświadczenia pisemne o uprawnieniu do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie Polskiem. Ponadto lekarze-dentyści (art. 1, i 2. 3.) winni władzy administracyjnej I instancji wskazać miejsce stałego wykonywania praktyki oraz donosić pisemnie o każdorazowej zmianie adresu i zaniechaniu praktyki. Art. 7. Lekarze dentyści, którzy zamierzają wykonywać praktykę lekarsko-dentystyczną poza przychodniami (art. 8), zakładami leczniczemi i u innych lekarzy-dentystów, powinni wykonywać praktykę osobiście lub przy pomocy osób do tego uprawnionych, jednak pod osobistem i faktycznem kierownictwem. Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w dwóch lub więcej miejscach jest wzbronione. Wykonywanie praktyki lekarsko-dentystycznej w uzdrowiskach nie podpada pod postanowienia ust. 2. niniejszego artykułu, o ile nie trwa dłużej niż 5 miesięcy, w jednym roku kalendarzowym. Lekarze-dentyści, wyszczególnieni w ust. b. p. 2. art. 1. oraz w p. 2, 3, 4, 5, 6 i 7 art. 2. mogą ogłaszać się w sposób, przepisany pod względem formy i treści rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych. Art. 8. Przychodnie lekarsko-dentystyczne mogą być zakładane i utrzymywane przez osoby posiadające uprawnienia do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej (art. 1. i 2.) tylko po uprzedniem uzyskaniu zezwolenia władzy administracyjnej II instancji, a w Warszawie Komisarza Rządu na m. st. Warszawę. Pozwolenie na zakładanie i utrzymywanie przychodni lekarsko-dentystycznych może być udzielane także osobom prawnym, o ile ich statuty przewidują prowadzenie odnośnych czynności. Uruchomienie przychodni lekarsko-dentystycznej może nastąpić po stwierdzeniu przez władzę administracyjną, że urządzenie jej odpowiada obowiązującym przepisom. Kierownikiem przychodni lekarsko-dentystycznej może być tylko lekarz-dentysta, który wykazał się najmniej trzechletnią praktyką lekarsko-dentystyczną. Przepisy o zakładaniu i utrzymywaniu przychodni lekarsko-dentystycznych, zawarte w ust. 1. i 2. niniejszego artykułu nie mają zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych, Kasy Chorych i Związki tych Kas. Art. 9. Szczegółowe przepisy co do urządzenia i koniecz-

nego zaopatrzenia przychodni lekarsko-dentystycznych oraz sposobu prowadzenia ich i regulaminy określone zostaną w drodze rozporządzenia przez Ministra Spraw Wewnętrznych. Art. 10. Kierownicy przychodni lekarsko-dentystycznych oraz lekarze-dentyści, zajmujący się praktyką prywatną, winni zgłosić władzy administracyjnej I instancji osoby, wykonywujące u nich praktykę lekarsko-dentystyczną. Art. 11. Osoby, utrzymujące w chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia przychodnie lekarsko-dentystyczne, są obowiązane celem dalszego ich prowadzenia wyjednać przewidziane artykułem 8. zezwolenie nie później jak w ciągu 3 miesięcy od chwili wejścia w życie niniejszego rozporządzenia. Art. 12. Nadzór i kontrola nad przychodniami lekarsko-dentystycznemi należą do państwowych władz sanitarnych. Przychodnie lekarsko-dentystyczne Kas Chorych i Związków Kas Chorych podlegają w myśl art. 97. i 98. ustawy z dnia 19. maja 1920 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby (Dz. U. R. P. Nr. 44, poz. 272.) nadzorowi właściwych okręgowych urzędów ubezpieczeń przy współudziale delegatów Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do tych urzędów. Przepis ust. 1. niniejszego artykułu nie ma zastosowania do przychodni lekarsko-dentystycznych, zakładanych przez Ministerstwo Spraw Wojskowych. Dok. nast.

Krynica.

Dyrektor departamentu zdrowia ministerjum spraw wewn. Dr. Piestrzyński odbył konferencję z wicepremjerem Bartlem i przewądniczącym komitetu rozbudowy uzdrowisk państwowych prof. Nadolskim, w sprawie rozbudowy uzdrowisk i uzyskania na ten cel odpowiednich kredytów. Poza tem Dr. Piestrzyński konferował z p. wicepremjerem, prof. Nadolskim i delegatem ministerjum poczt i telegrafów w sprawie wybrania placu pod budowę gmachu dla urzędu pocztowego w Krynicy. Czynniki miejscowe w poszczególnych uzdrowiskach, przedstawiane kilkakrotnie czynnikom miarodajnym przez Związek uzdrowisk polskich, domagają się: w Krynicy doprowadzenia do końca prac kanalizacyjnych i wodociągowych, w Ciechocinku całkowitego osuszenia terenu, budowy wielkiego domu zdrojowego i przeprowadzenia prac kanalizacyjnych, oraz w Busku budowy elektrowni, domu zdrojowego, względnie kompleksu will zakładowych i przeprowadzenia prac kanalizacyjnych.

Budowa drugiego domu zdrojowego w Krynicy. Ministerstwo robót publicznych zatwierdziło plan drugiego domu zdrojowego w Krynicy, który stanie na deptaku w pobliżu dawniejszego Domu zdrojowego. Dom ten jeszcze w roku bieżącym stanie pod dachem, do jesieni zaś przyszłego roku ma być całkowicie wykończony, tak, aby mógł być otwarty na sezon zimowy. Urządzony będzie luksusowo, na wzór najnowszych i najokazalszych tego typu zakładów zachodnio-europejskich. Obecnie dokonywane jest w Krynicy planowanie terenu, oraz zwózka materjałów budowlanych.

Rozrost Krynicy uwydatnia się faktem, że cały szerek firm tu się osiedla lub pracuje, np. wielka firma krakowska sprzętu gospodarczego, Albin Jaworski, wielkie przedsiębiorstwo wodociągowe, Juljusz Jurczak i i.

Biuro informacyjne uzdrowisk. Celem orjentowania publiczności w doborze miejscowości kąpielowej, względnie kuracyjnej, pensjonatów, hoteli lub sanatorjum założyła firma „Balnopol" na głównym dworcu kolejowym w Krakowie, biuro informacyjne, w którym przyjezdnych informuje: a) o wolnych pokojach i cenach w hotelach, pensjonatach, sanatorjach i t. d., położonych we wszystkich ważniejszych miejscowościach: b) o cenach kąpieli i zabiegów leczniczych, taksach klimatycznych przy podaniu równoczesnem dokładnych informacyj Zarządów zdrojowisk i klimatyk, oświetlających stosunki w danych miejscowościach: c) o rozkładach jazdy i połączeniach bezpośredniej komunikacji koleją, autobusami, statkami i aeroplanami. Biuro to przyniesie pożytek nietylko podróżującej publiczności, ułatwiając jej wyszukanie odpowiedniego pomieszczenia, ale także Zakładom kąpielowym, hotelom, pensjonatom i t. d. przez bezpośrednie informowanie stron.

O ulepszenie komunikacyjne w uzdrowiskach. Minister komunikacji p. Romocki odbył konferencję z dyrektorem Związku uzdrowisk polskich p. Szczerbińskim, który przedstawił ministrowi szereg dezyderatów poszczególnych uzdrowisk dotyczących kolejnictwa. Dezyderaty te odnoszą sie do sprawy rozszerzenia dworców, usprawnienia służby kasowej, uporządkowania dojazdów do dworców. Minister przyrzekł rozpatrzyć przychylnie te postulaty.

W Krynicy 15.000 osób. Biuro meldunkowe Komisji Zdrojowej w Krynicy wykazuje około 17.000 osób przybyłych na kurację od początku bieżącego roku do końca poprzedniego miesiąca. W ciągu samego maja, czerwca i lipca b. r. bawiło w Krynicy przeszło 15.000 osób.

Lublin.

Pośrednictwo pracy przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej. Wydział Wykonawczy Izby Lekarskiej Lubelskiej podaje do wiadomości Szanownych Kolegów, że przy sekretarjacie Izby Lekarskiej Lubelskiej (Lublin, Niecała 3) zarganizowane zostało przy współudziale Kolegów Powiatowych Lekarzy na terenie Izby (Województwo Lubelskie, Wołyńskie i Poleskie) koncentrowanie wiadomości co do wakujących stanowisk lekarskich i miejscowości, w których pożądanem byłoby osiedlenie się lekarza. W posiadaniu wymienionego materjału sekcja pośrednictwa pracy przy Izbie Lekarskiej Lubelskiej dostarczać będzie na zażądania Szanownych Kolegów możliwie wyczerpujących informacji. Naczelnik (—) Dr. Modrzewski. Pisarz: Członek Zarządu (—) Dr. Scholtz.

Z kraju.

Przewodnik po uzdrowiskach i letniskach Polskich pod redakcją Czesława Rokickiego. Już opuściło prasę drugie wydanie tej pożytecznej publikacji, pierwszego tego rodzaju podręcznika praktycznego, służącego do poznania setek uzdrowisk i letnisk na całym terenie Rzeczypospolitej. Przewodnik Czesława Rokickiego, zawierający szczegółowy wykaz wszystkich uzdrowisk i letnisk polskich (a jest ich kilkaset), oraz najważniejsze informacje praktyczne przy każdem — powinien zorjentować społeczeństwo nasze co do wartości naszych miejscowości, przewyższających często rozreklamowane zagraniczne uzdrowiska i „bady". Szereg wykresów, mapek, zestawień, skorowidzów, informacyj leczniczych dopełnia wartościowej całości tego pierwszego almanachu polskich uzdrowisk i letnisk.

W Rymanowie odbudowano całkowicie Zakład kąpielowy o przeszło 100 kabinach, oraz wille zakładowe. Urządzono kąpiele słoneczno-powietrzne, rozpoczęto eksplatację kamieniołomów, dostarczających pierwszorzędnego materjału budowlanego. W najbliższym czasie Rymanów-Zdrój otrzyma oświetloną i ruchomą siłę elektryczną.

Budowa Domu zdrojowego w Zakopanem przy pomocy kapitału Polaków amerykańskich. Onegdaj odjechała wycieczka Zjednoczonych Komitetów im. Piłsudskiego do Ameryki, która przez 8 dni bawiła w Zakopanem. Poza zwiedzaniem Tatr, Polacy amerykańscy żywo interesowali się stroną gospodarczą Zakopanego, które na nich wywarło nadzwyczaj dodatnie wrażenie. Okazali oni chęć inwestowania uzdrowiska przy pomocy kapitału amerykańskiego. Komisarz rządowy przedstawił naszym rodakom, jako jedną z najpilniejszych potrzeb Zakopanego, budowę domu zdrojowego, która to myśl spotkała się z wielkiem zainteresowaniem i gotowością na ten cel zebrania po powrocie do Ameryki dpowiednich funduszów.

Ze świata.

Naczelna Izba Lekarska zawiadamia na podstawie informacji telefonicznej, otrzymanej z Ambasady Francuskiej w Warszawie, że XIX. kongres medycny francuskiej w Paryżu odbędzie się między 11—14 października r. b. Przydować będzie profesor Tessier. Od dnia 15—19 obchodzona będzie rocznica stulecia doktora Vellemin. Od dnia 25—28 odbędzie się międzynarodowy kongres higjeny w instytucie Pasteura.

Redakcja otrzymała:

Marceli Gromski: „Żłóbki dzienne dla niemowląt". Organizacja i prowadzenie. Nakładem Biblioteki Wydziału opieki nad dziećmi i młodzieżą Ministerstwa pracy i opieki społecznej. Nr. 7. Warszawa 1927.

Izba lekarska Warszawsko-Białostocka: „Biuletyn Nr. 3". Warszawa, lipiec 1927.

Société des nations: „Organisation d'hygiène". Principes et méthodes de lutte antipaludique en Europe. Deuxième rapport d'ensemble de la commision du paludisme. Genève 1927.

A. Bochenek i St. Ciechanowski: „Anatomja człowieka, Tom II, Wyd. III. popr. Nakładem Polskiej Akademji Umiejętności. Kraków 1927.